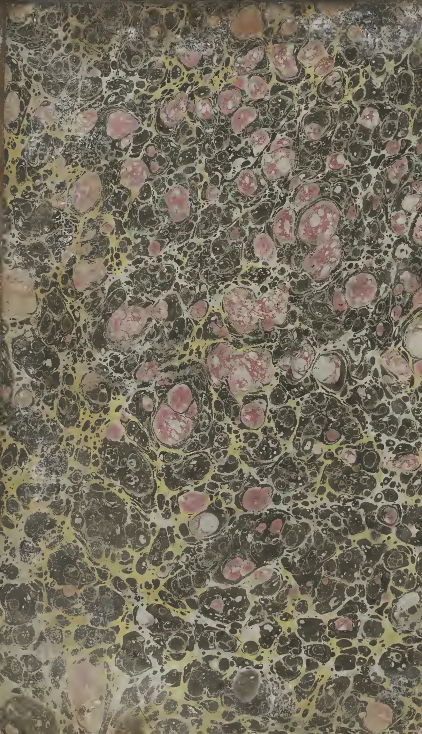
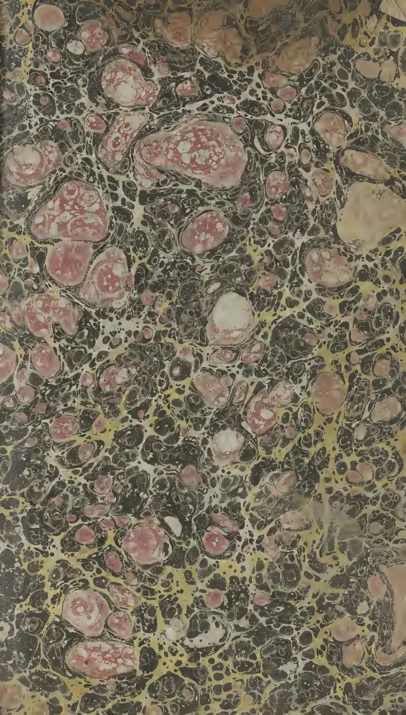
MÉMORIAL
DE L'ART
DES ACCOUCHEMENS

M.lle RABOTEAU
SAGE-FEMME







MÉMORIAL

DE

L'ART DES ACCOUCHEMENTS.


HOSPICE DE LA MATERNITE

MÉMORIAL
DE
L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

Ouvrage pratique, dans lequel on a représenté avec soin, en 133 gravures, toutes les positions de l'Enfant, le mécanisme de tous les accouchements, et rappelé, en peu de mots, les règles qu'il faut observer dans les différents cas;

Suivi des Aphorismes de Mauriceau;

DÉDIÉ A Mme. LA CHAPELLE,

Sage-Femme en chef de l'hospice de la Maternité;

PAR Mme. BOIVIN,
SON ÉLÈVE,

Maîtresse Sage-Femme, reçue à l'Ecole de Médecine de Paris, en l'an X (1801), surveillante à l'hospice de la Maternité, section de l'alaitement.

Les objets exposés aux yeux frappent plus vivement l'esprit que ceux dont l'oreille est la seule confidente.
Trad. d'Horace, Art. Poét.

A PARIS,

Se vend à l'Hospice de la Maternité, rue de la Bourbe;

Et chez MÉQUIGNON père, libraire de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, vis-à-vis celle Hautefeuille.

1812.



Tout exemplaire qui ne sera pas revêtu de la signature de l'Auteur, sera réputé contrefait.

A Madame Lachapelle, sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité.

MADAME,

En vous priant d'agréer l'hommage du MÉMORIAL de L'ART des ACCOUCHEMENTS, n'est-ce pas vous faire une restitution, puisque les principes qui y sont établis, ne sont, pour ainsi-dire, que le précis des excellentes leçons que j'ai reçues de vous. C'est d'après vos démonstrations que j'ai dessiné les figures qui représentent le mécanisme des Accouchements naturels et contre-nature; et c'est en vous voyant opérer dans les accouchements laborieux, que j'ai essayé d'indiquer la manière de faire l'application des instruments dans les différentes circonstances qui en exigent l'usage; mais ce qui ne saurait se peindre ni se décrire, c'est cette habileté qui vous distingue émi-

nemment dans les opérations les plus complexes et les plus difficiles de votre Art. Combien ai-je à regretter que ma mémoire n'ait pu conserver l'ordre, la précision et la clarté qui règnent dans vos dissertations, afin d'employer cet heureux choix d'expressions qui rend vos leçons si attachantes et si profitables; ce faible essai n'en eut été que plus digne de vous! Que n'ai-je, comme vous, cette finesse, cette délicatesse d'esprit, qui sait donner à l'expression de la vérité, tant de grâces et d'agréments que la modestie la plus humble, peut l'écouter sans rougir! Envain m'eussiez-vous imposé silence sur tant de qualités qui commandent l'admiration et le respect! Qui mieux que moi connaît cette ame douce et compâtissante qui vous rend si précieuse à l'Etablissement auquel vous consacrez votre

vie entière ? Qui plus souvent que moi a été témoin de cette tendre sollicitude pour les infortunées confiées à vos soins ? Combien de fois ne vous ai-je pas vue détourner les yeux pour laisser échapper les larmes dont ils se remplissaient à l'aspect de la souffrance et du malheur ? Je les entends encore ces paroles douces, affectueuses, qui, comme un baume salutaire, savent si bien calmer ou suspendre la douleur ! Mais n'est-ce qu'à des paroles que vous bornez vos consolations ?... Pardon, Madame, j'oubliais la défense que vous m'avez faite : ne craignez rien ; mon zèle, ma tendre et respectueuse amitié, ne laisseront rien échapper de ces honorables secrets que je vous ai surpris, et dont vous auriez voulu vous dérober la connaissance à vous-même. Veuillez, au moins, Madame, me tenir compte d'une

réserve que mon cœur ne retient qu'avec peine, et qu'il pourrait trahir encore, si je le laissais s'étendre sur tout ce que vous avez inspiré d'attachement et de reconnaissance à celle qui a l'honneur d'être,

MADAME,

Votre très-humble Elève,

Jie Boivin

AVERTISSEMENT.

On sera sans-doute étonné, après l'immense quantité de volumes qui ont été écrits sur l'art des Accouchements, et ceux qui paraissent encore tous les jours, qu'une femme ose faire un ouvrage sur un sujet traité tant de fois et par les plus habiles maîtres; je n'en serai pas moins étonnée moi-même. Je sais que l'envie de convertir en livres tout ce que l'on sait de bon ou de mauvais, tout ce que l'on a appris bien ou mal, est une maladie régnante aujourd'hui, qui n'épargne ni l'âge, ni le sexe; mais je puis assurer que la contagion ne m'a point gagnée. Je me crois donc obligée de dire ce qui donne lieu à la publication de cet Ouvrage.

Le *Mémorial de l'Art des Accouchements*, tel qu'il paraît aujourd'hui, n'avait été esquissé par moi, pendant mon séjour à l'hospice de la Maternité,

que pour me servir de répertoire, et me rappeler les objets les plus importants de mes études ; j'y joignis les notes que j'avais recueillies dans les leçons de madame LACHAPELLE, seule alors chargée de l'instruction des Sage-Femmes ; et depuis étant à portée, par la proximité du lieu, d'assister aux leçons du professeur Baudelocque et de celles de son successeur M. Dubois, ainsi que des conférences de M. Chaussier, médecin en chef de cet hospice, j'ajoutai de nouvelles notes à celles que j'avais déjà, et quelques autres encore que j'ai puisées dans différents ouvrages, tant français qu'anglais, et celles que m'a fournies ma pratique particulière ; enfin, je terminai mon recueil par un choix des Aphorismes de *Mauriceau.*

Depuis, j'ai dessiné les positions de l'enfant avec plus de soin, et les ai disposées, ainsi que les notes qui leur servent de texte, dans l'ordre qui m'a

paru le plus convenable, pour donner à ma nièce, qui se destine à ma profession, une idée générale de l'art des Accouchements, avant son admission dans la grande école, la seule où l'on puisse acquérir des connaissances solides, l'*Ecole-Pratique, à l'hospice de la Maternité.*

Surprise dans cette occupation par un médecin célèbre, que je révère autant que j'honore, il jeta un coup-d'œil sur ce petit travail, et me dit, après que je lui eus exposé les motifs qui me l'avaient fait entreprendre, que ce moyen, qui m'avait été d'un si grand secours pour graver dans ma mémoire les principes de l'art des Accouchements, pourrait être également utile à tous ceux qui se destinent à la pratique de cet art, et que cette espèce de tableau répondait parfaitement aux vues du professeur *Baudelocque.*

Il me rappela un passage de la préface de l'un des ouvrages de ce savant

écrivain, à l'occasion de quelques gravures que ce dernier avait fait ajouter à son *Catéchisme des Sage-Femmes de la campagne* et que je rapporte ici :

« *Nous aurions voulu qu'aucune considération ne nous empêchât de multiplier ces planches au-delà de ce que nous l'avons fait, et de mettre, en quelque sorte, tout l'*art des Accouchements en tableaux, pour en rendre l'étude plus facile encore aux Élèves Sage-Femmes. *L'objet qui frappe leur vue et qui affecte leur sens, se grave bien mieux dans leur esprit et y laisse des traces bien plus durables, que celui qu'elles ne connaissent que par la description qu'on leur en fait ; mais en leur rendant l'étude de cet ouvrage plus aisée, peut-être eussions-nous rendu l'ouvrage même inutile, pour la plupart, à cause du prix où il se serait élevé* ».

Ma vanité souriait à l'approbation d'un homme dont les connaissances

sont aussi étendues que profondes ; mais ma raison résistait à la suggestion flatteuse de la bienveillance ; d'ailleurs, en supposant que ce *tableau* pût offrir quelqu'avantage aux personnes qui se destinent à l'étude, ou qui se livrent à la pratique de l'art des Accouchements, les motifs qui avaient empêché M. *Baudelocque* d'ajouter à son ouvrage ce moyen de le rendre plus utile, était bien suffisant pour éloigner tout-à-fait l'idée d'entreprendre une tâche qu'il avait abandonnée. J'opposai donc, à mon respectable patron, cet argument que je croyais sans réplique ; mais l'amitié ne connaît ni difficultés, ni obstacles, elle applanit, elle surmonte tout : *confiez-moi*, me dit-il, *vos dessins*, *je les examinerai à loisir*.

Je remis mon recueil, et une année après je reçus les gravures avec la quittance du graveur, et l'invitation pressante de publier cet humble fruit de mes loisirs.

Je cède donc à la voix de la reconnaissance qui me presse de nommer l'auteur de cet acte généreux autant que délicat ; mais mon protecteur, l'un des plus fermes soutiens de l'École de Médecine, le mécène des Élèves qui se destinent à l'honorable fonction de soulager leurs semblables, le savant, le docte CHAUSSIER, n'a pas besoin de ce titre qui ne fait que l'éloge de son cœur ; son nom, connu de toute l'Europe savante, franchira l'espace des tems.

MÉMORIAL
DE
L'ART DES ACCOUCHEMENTS.

PREMIÈRE PARTIE.

INTRODUCTION.

SI l'on se borne à considérer la marche la plus ordinaire de la nature, l'accouchement est *l'émission, l'expulsion ou l'excrétion spontanée d'un fœtus à terme vivant, ainsi que de ses annexes, déterminée par les contractions de l'utérus, et la disposition des parties génitales de la mère :* mais, pour s'accomplir convenablement, cette excrétion spontanée, cette opération de la nature exige le concours de sept conditions, dont les unes sont relatives au fœtus et les autres à la mère ; ainsi :

1°. Le fœtus doit avoir une bonne conformation ;

2°. Son volume doit être proportionné aux parties qu'il doit traverser ;

3°. Il doit se présenter dans une position convenable ;

4°. Relativement à la mère, le bassin doit avoir une conformation, et des proportions convenables ; trop de capacité, trop de resserrement sont également défavorables ;

5°. L'utérus doit avoir des contractions assez grandes, assez rapprochées pour déterminer la progression du fœtus ;

6°. L'orifice de l'utérus, ainsi que les autres parties molles de la femme, doivent avoir assez de souplesse et de laxité pour se prêter à l'extension et à la dilatation graduée ;

7°. Enfin la femme doit avoir assez de force et de courage pour soutenir et seconder, par ses efforts, les contractions de l'utérus.

Le défaut de l'une ou de plusieurs de ces conditions apporte dans l'accouchement un grand nombre de changements et de modifications qui nécessitent, tantôt, le déplacement de la partie du fœtus qui se présentait, tantôt la version complette, d'autre fois l'application de divers instruments ; ainsi, pour comprendre tous les cas qui se présentent dans la pratique, il faut définir l'accouchement *l'expulsion spontanée* ou *l'extraction artificielle du fœ-*

tus et de ses annexes , du sein de sa mère.

C'est d'après cette considération que l'on a établi diverses espèces d'accouchements, que l'on a cherché à les rapporter à des titres généraux.

MAURICEAU, d'après HIPPOCRATE, admet seulement, deux espèces d'accouchement ; l'un naturel, celui qui se termine par l'*émission* du fœtus; l'autre, *contre-nature*, celui qui exige l'extraction.

PEU, les divise de même en naturels et laborieux.

LAMOTTE en distingue trois espèces qu'il désigne sous les noms de *naturel*, *non naturel*, et *contre-nature*; il en ajoute même une quatrième espèce, qu'il appelle accouchement *fâcheux*.

Enfin SMELLIE et BAUDELOCQUE en admettent trois espèces ou genres principaux, savoir :

1°. *L'accouchement naturel* qui se fait par l'expulsion spontanée de l'enfant ;

2°. *L'accouchement contre-nature* qui se fait par extraction, au moyen de la main seulement.

3°. *L'accouchement laborieux* qui se fait par extraction au moyen des instruments.

Mais sans prétendre faire mieux que les savants écrivains qui nous ont précédé, il me semble qu'au moyen de quelques légers changements dans l'ordre établi depuis long-tems, et conservé de nos jours, il serait possible de désigner les différentes espèces d'accouchements d'une manière plus exacte. En effet, l'expression d'accouchement *contre-nature* ou *non naturel* conviendrait plutôt, comme plusieurs auteurs l'ont judicieusement observé, aux accouchements dans lesquels on fait usage des instruments tranchants sur la mère, soit pour agrandir le canal que doit traverser l'enfant, soit pour lui pratiquer une issue autre que celle que la nature lui avait destinée pour sa sortie, qu'aux accouchements qui n'exigent que le changement de situation de l'enfant.

La dénomination *d'accouchement laborieux*, ne conviendrait pas moins bien à celui qu'on appelle ordinairement *contre-nature*, qu'à celui qui exige, pour être terminé, l'application du forceps, du levier ou du crochet ; car si on ne l'a désigné sous le nom de *labo-*

rieux que parce qu'il exige du *labeur*, du *travail* de la part de l'accoucheur, certes, l'accouchement *contre-nature* n'exige pas moins de peine et demande souvent beaucoup plus de dextérité.

Je distinguerais donc cinq espèces d'accouchements.

Accouchements du premier ordre.

Tous ceux dans lesquels l'enfant, présentant la tête, est sorti spontanément quelle qu'ait été sa position à l'égard du bassin.

Du deuxième ordre.

Tous ceux qui ont besoin d'aide, comme dans le cas où l'enfant présente la tête dans une mauvaise position, et qui n'a besoin que de l'application de la main pour être rappelée à une situation convenable. On y comprendrait les accouchements dans lesquels l'enfant présente les pieds, les genoux ou les fesses, comme ayant le plus souvent besoin d'être dirigés par une personne instruite.

Du troisième ordre.

Tous ceux accompagnés de quelques accidents, tels que des convulsions, la présence du cordon ombilical à l'orifice de l'utérus, les hémorrhagies,

etc., la présentation d'une partie non susceptible de s'engager, tous les cas, enfin, qui pourraient donner lieu à la version totale de l'enfant.

Du quatrième ordre.

Ceux qui exigeraient l'application des instruments sur l'enfant, tels que le levier, pour changer la situation de la tête; le forceps ou le crochet aigu, pour en faire l'extraction; le perforateur, pour en diminuer le volume; le crochet mousse, pour faciliter l'extraction des fesses.

Du cinquième ordre.

Ceux que l'on confond sous la dénomination de *laborieux* et qui exigent des opérations chirurgicales, telles que la section de la symphise du pubis, que l'on appelle encore *symphisotomie-pubienne*; la section abdominale, ou *gastrotomie*; la section de l'abdomen et de l'utérus, ou *gastro-hystérotomie* et la section du col de l'utérus, par le vagin, ou *l'hystérotomie vaginale*.

On pourrait donc distinguer les différentes espèces d'accouchements par l'appellation de l'ordre dans lequel chaque espèce se trouverait rangée.

On pourrait encore y joindre une épithète qui désignât la manière dont s'opère chacune de ces espèces d'accouchements, telles que celles ci-après, ou d'autres mieux appropriées.

ACCOUCHEMENTS.

Ordres.	
1er.	Par expulsion spontanée.
2me.	Par expulsion auxiliaire.
3me.	Par extraction manuelle.
4me.	Par extraction instrumentale, agissant sur l'enfant.
5me.	Par extraction instrumentale, agissant sur la mère.

Mais sans nous arrêter davantage à toutes ces distinctions que l'on peut varier et modifier de différentes manières, et qui sont uniquement un objet de méthode pour l'enseignement, il faut considérer, d'abord, l'accouchement naturel, en bien saisir le caractère, les phénomènes, la marche, les progrès successifs, parce qu'il doit servir de base à tous les préceptes, à tous les procédés de l'art ; mais pour y parvenir d'une manière assurée, il faut, avant tout, connaître :

1°. Les parties de la femme qui ont rapport à la génération, à l'accouchement ;

2°. La conformation, la disposition du fœtus et de ses annexes, et ses rapports ou proportions avec les organes qu'il doit traverser.

CHAPITRE PREMIER.

Des parties de la femme qui servent essentiellement à la génération et à l'accouchement.

La femme diffère de l'homme par un grand nombre de propriétés ; sa constitution générale, son tempérament, son caractère, la mollesse, la souplesse, la sensibilité de ses tissus, la conformation de ses organes, les fonctions qui sont propres à quelques-uns, tout annonce un but important, une destination particulière ; mais quoique très-intéressantes, ces considérations générales seraient ici déplacées. Nous nous bornerons donc à indiquer seulement les parties de la femme qui ont un rapport direct à la génération, à l'accouchement, et dont la connaissance est absolument nécessaire pour l'étude et la pratique de l'art des accouchements.

On les distingue généralement, d'après leur consistance, en dures ou osseuses, et en molles ou charnues.

Les parties dures forment le bassin ; les molles sont disposées au pourtour du bassin ou placées dans sa cavité : nous examinerons successivement les unes et les autres dans autant de paragraphes particuliers.

§ I. DU BASSIN.

Le bassin que les écrivains latins désignent sous le nom de *pelvis* (1) est la partie du tronc

(1) Quoique latin, ce mot *pelvis* mérite d'être rappelé, parce qu'il fournit plusieurs dénominations qui sont aujourd'hui généralement adoptées en anatomie et dans l'art des accouchements ; ainsi d'après M. *Chaussier*, on nomme *cavité* ou *excavation pelvienne*, l'espace compris entre les deux détroits du bassin. On désigne sous le nom de *pelvienne*, l'artère qui fournit des branches aux organes contenus dans le bassin, etc. Enfin on appèle *pelvimètre*, l'instrument propre à mesurer les diamètres du détroit du bassin.

qui termine inférieurement l'abdomen, soutient ou renferme une partie des intestins, des organes urinaires, et génitaux, et sert en même temps de point fixe pour l'articulation des cuisses, l'implantation de leurs muscles, l'exécution de leurs mouvements. Ainsi, le bassin remplit plusieurs objets différents, et quoique, suivant l'expression généralement adoptée, il ne soit dans l'accouchement qu'une partie passive, il importe beaucoup pour la pratique d'en bien connaître tous les détails; pour y parvenir d'une manière exacte, il faut le considérer, non-seulement sur le squelette, mais encore chez la femme vivante, dans ses rapports avec tous les organes qu'il renferme, ou qui y sont annexés; il faut surtout examiner : 1°. sa composition; 2°. ses connexions; 3°. sa forme; 4°. ses ouvertures; 5°. ses diamètres; 6°. ses axes; 7°. sa direction; 8°. sa disposition dans les différentes attitudes; 9°. ses différences suivant l'âge, le sexe; 10°. enfin les difformités dont il est susceptible.

Art. Ier. — *Composition*. Le bassin dans l'adulte est composé de quatre os distincts par leur forme, leur grandeur, leur situation, et spécialement réunis par divers

faisceaux ligamenteux : de ces quatre os, deux sont désignés sous le nom d'os *coxaux*; le troisième est nommé *sacrum*, et le quatrième *coccix*.

Les os Coxaux ou os des hanches, que l'on nomme encore os *innominés* et quelque fois *os des îles*, *os iliaques*, sont au nombre de deux, placés l'un à droite, l'autre à gauche; ils sont larges, inégalement épais, courbés sur leur longueur, et forment, par leur disposition, les parties latérales et antérieures du bassin.

La forme de ces os est trop irrégulière pour pouvoir les rapporter à une figure géométrique, cependant, pour mieux en saisir toutes les particularités, on y considère deux faces, trois régions et cinq bords.

Des deux faces, l'*externe*, inégalement convexe, présente à peu près dans son milieu une cavité profonde, destinée pour l'articulation du fémur, que l'on nomme, d'après les grecs, *cavité cotyloïde*, et qui, dans l'étude, sert à diviser toute l'étendue de cet os, en trois portions ou régions différentes, par leur figure, leur situation, leur usage: de ces trois régions,

la supérieure qui forme spécialement le contour, la saillie de la hanche, est nommée *ilium* (mot dérivé du grec qui signifie contourné); l'antérieure est désignée, d'après les latins, sous le nom de *pubis*, parce qu'elle soutient les organes qui se développent à la puberté, et l'inférieure est nommée, d'après les grecs, *iskium* ou *ischion*, parce que le corps est appuyé sur cette partie lorsqu'on est assis; aussi les anciens français désignaient cette partie sous le nom *d'os de l'assiette.*

Mais ce qu'il faut bien remarquer, ces trois portions ou régions de l'os coxal, ne sont point des os séparés, elles ne peuvent être désignées et considérées comme autant d'os particuliers; enfin, on n'admet, on ne conserve cette division que pour indiquer d'une manière plus précise, la position, le rapport des organes.

La face extérieure de l'os coxal, présente peu d'objets importants relativement aux accouchements. Outre la grande cavité cotyloïde dont il a déjà été parlé, on remarquera 1°. l'*étendue*, *la forme* de la face externe de l'ilium qui est convexe en avant, légère-

ment concave en arrière ; 2°. sur cette face, deux lignes circulaires marquées par de légères aspérités, qui sont les vestiges de l'implantation de deux muscles qui s'attachent au trochanter ; 3°. le bord épais, arrondi, légèrement contourné qui termine supérieurement l'ilium. Ce bord que l'on nomme *crête de l'ilium* est âpre, inégal, et donne attache à une portion des trois muscles larges de l'abdomen ; il se termine en devant, par un tubercule rugueux que l'on nomme *l'épine supérieure et antérieure de l'ilium*. Un peu au-dessous de ce tubercule, on en remarque un autre plus arrondi, moins saillant, que l'on nomme *l'épine inférieure et antérieure de l'ilium*. Ces tubercules sont séparés par une échancrure, et donnent attache à des muscles de la cuisse ; postérieurement, c'est-à-dire, du côté du sacrum, la crête de l'ilium présente une grosse tubérosité, et se termine par deux petits tubercules que l'on nomme *les épines postérieures de l'ilium*, et qui servent à l'implantation de faisceaux ligamenteux.

A l'Iskion ou région inférieure de l'os coxal, on remarquera spécialement 1°. une tubérosité oblongue, arrondie, qui présente à sa surface des aspérités qui donnent attache à des mus-

cles de la jambe, de la cuisse, et à une lame ligamenteuse très-forte et très-importante pour les accouchements; 2°. un peu au-dessus et en arrière de cette grosse tubérosité, on remarque un prolongement anguleux et saillant, qui donne attache à un faisceau ligamenteux et que l'on nomme l'*épine de l'iskion*; 3°. entre l'ilium et la tubérosité de l'iskion, une grande échancrure dont le bord est lisse, arrondi, et que l'on nomme *échancrure iskiatique*; 4°. en devant, la branche sous-pubienne de l'iskion qui s'élève de la grosse tubérosité, se porte obliquement en haut, en devant, et concourt à former une grande ouverture irrégulièrement ovale, que l'on nomme *trou sous-pubien*, et communément *trou oval* ou *obturateur*.

Au Pubis, ou région antérieure de l'os coxal, on remarquera spécialement, le corps ou la partie la plus épaisse de cette portion, qui, sur sa face antérieure, porte un tubercule saillant que l'on nomme l'*épine du pubis*, et qui donne attache à un muscle de la cuisse; 2°. la branche sus-pubienne qui s'étend transversalement jusqu'à la cavité cotyloïde, donne attache à des muscles de la cuisse, et concourt à former le

trou sous-pubien ; 3°. la branche sous-pubienne qui se dirige obliquement de dedans en dehors, s'unit avec celle de l'iskion, concourt à former le trou sous-pubien, et présente à sa face externe des aspérités qui indiquent l'implantation de différents muscles qui se terminent à la cuisse.

La face interne ou abdominale de l'os coxal plus lisse, moins inégale que l'externe, plus importante pour la pratique des accouchements, est concave et partagée sur sa longueur par une ligne qui, du pubis, s'étend obliquement jusqu'à l'extrémité de l'ilium ; cette ligne plus saillante, anguleuse du côté du pubis, est arrondie, moins marquée sur l'ilium. Elle partage, par sa disposition, la face interne de l'os coxal, en deux portions distinctes : l'une, supérieure, forme une excavation lisse, large et peu profonde, que l'on nomme *fosse iliaque*; l'autre, plus étendue, d'une figure plus irrégulière, concourt à former la cavité pelvienne ; sa surface est unie, et on y trouve 1°. le trou sous-pubien, qui, dans l'état d'intégrité, est fermé par une lame membraneuse, par la disposition des muscles. On remarque cependant à la partie supérieure de ce grand trou, une sinuosité

oblique, par laquelle passent des vaisseaux et un nerf qui se portent à la partie interne de la cuisse ; 2°. l'*épine* et l'échancrure iskiatique, dont il a déjà été fait mention.

Quoique la figure de l'os coxal soit très-complexe, on y distingue pour l'étude, cinq bords qu'il faut examiner successivement, savoir :

1°. L'antérieur ou pubien ;

2°. Le supérieur ou abdominal ;

3°. L'inférieur et antérieur ou sous-pubien ;

4°. L'inférieur et postérieur ou iskiatique ;

5°. Le postérieur ou sacré.

Le bord antérieur ou pubien est droit, court, étroit, disposé sur le plan de l'épaisseur de l'os. Sa surface est encroûtée d'une lame cartilagineuse qui, en s'unissant à la partie correspondante de l'os coxal, de l'autre côté, concourt à former la *commissure médiane du bassin* ou symphise des pubis.

Le bord supérieur ou abdominal est long, inégal, très-irrégulier ; il est, d'après sa disposition, divisé en deux parties distinctes par leur forme, leur direction ; l'une antérieure

sus-pubienne est formée par la branche supérieure du pubis, l'autre postérieure, plus relevée, est formée par la crête de l'ilium.

Les deux bords inférieurs méritent une attention particulière, parce qu'ils forment une grande partie de l'ouverture inférieure ou détroit périnéal du bassin ; ils sont disposés sur deux plans opposés, et forment, par leur rencontre sur la tubérosité de l'iskion, un angle obtus qui partage l'étendue du détroit périnéal en deux portions distinctes, par leur direction ; l'une antérieure, sous-pubienne ; l'autre postérieure ou iskiatique.

Le bord sous-pubien s'étend obliquement du pubis à la tubérosité de l'iskion ; il est égal, lisse, un peu déjeté en dehors, et concourt à former, par sa disposition, la partie antérieure du détroit périnéal, l'arcade des pubis.

Le bord iskiatique s'élève obliquement de la tubérosité de l'iskion à l'épine inférieure et postérieure de l'ilium, et concourt, par sa disposition, à former la partie postérieure du détroit périnéal : il paraît, dans le squelette, fort irrégulier à cause de l'échancrure et du prolongement angulaire que l'on y remarque ;

mais dans l'état frais, la forme du détroit périnéal est, dans cet endroit, déterminée d'une manière plus précise, par deux longs et forts ligaments qui, du sacrum, se portent à l'épine et à la tubérosité de l'iskion.

Le bord postérieur ou *sacré*, directement opposé au pubis, est large, court, taillé fort obliquement sur l'épaisseur de l'ilium: on y remarque principalement une tubérosité, diverses aspérités, et une face oblongue, inégale, encroûtée d'un cartilage, qui concourt à former la jonction ou articulation de l'os coxal avec le sacrum.

Le sacrum, l'os sacré, que l'on a encore appelé la *grande vertèbre*, *les fausses vertèbres*, os impair, large, épais, triangulaire, bifacié, qui, par ses articulations avec l'extrémité iliaque des deux os coxaux, forme la partie postérieure du bassin, et qui, par sa jonction avec la dernière vertèbre lombaire, est la base du rachis ou colonne vertébrale.

D'après la forme de cet os, on y remarque, 1°. DEUX FACES; l'une antérieure ou interne que l'on nomme *abdominale*; l'autre postérieure ou externe que l'on appelle encore *spinale*; 2°. TROIS BORDS; un supérieur ou lombaire, que

l'on nomme encore la base du sacrum, s'articule avec la dernière vertèbre des lombes ; deux latéraux ou *iliaques* qui forment son articulation avec les ilium ; 3°. TROIS ANGLES; deux supérieurs ou *ilio-lombaires*, un inférieur nommé *coccygien* qui s'articule avec le coccix.

La face abdominale du sacrum concourt à former l'excavation pelvienne ; elle est unie, concave, et présente une courbure dont la profondeur est le plus ordinairement de dix à treize millimètres (cinq à six lignes). Outre cette courbure si importante à observer, on y remarque : 1°. quatre lignes transversales qui s'étendent d'un côté à l'autre et sont les vestiges de la soudure des cinq pièces principales dont cet os était formé dans l'enfance ; 2°. *deux rangées de trous* disposés symétriquement, les uns à droite, les autres à gauche. Ces trous que l'on distingue sous le nom de *trous antérieurs du sacrum* sont au nombre de quatre de chaque côté, et diminuent successivement de grandeur en se rapprochant de l'angle coccygien : creusés fort obliquement dans l'épaisseur de l'os, tous se prolongent en formant une espèce de sinuosité, et donnent passage à des nerfs qui, par leur réunion, forment un

gros cordon qui se porte à la partie postérieure de la cuisse.

La face spinale du sacrum est convexe et très-inégale ; on y remarque : 1°. trois rangées de petites apophyses saillantes, tuberculeuses ; une *médiane* qui répond aux apophyses épineuses des vertèbres ; deux *latérales* qui, par leur situation, correspondent aux apophyses transverses et obliques des vertèbres ; 2°. deux rangées de trous, quatre de chaque côté qui, chacun, donne passage à un petit cordon nerveux dont les ramifications se portent aux parties circonvoisines ; 3°. supérieurement, une grande échancrure triangulaire qui est l'entrée d'un canal creusé dans l'épaisseur de l'os , et forme la continuation du canal rachidien ou vertébral ; 4°. en bas, une *échancrure* oblongue qui est la sortie, la terminaison du canal rachidien ; 5°. sur les bords de cette échancrure, deux apophyses oblongues, terminées par un tubercule arrondi qui donne attache à quelques ligaments du coccix.

Destiné à servir de base au rachis ou colonne vertébrale, *le bord lombaire* du sacrum est fort épais, et on y remarque : 1°. trois faces articulaires qui servent à sa connexion avec la

dernière vertèbre des lombes ; l'une *antérieure* médiane, plane, oblongue, correspond au corps de la vertèbre, et en a la forme ; elle est taillée fort obliquement de devant en arrière sur l'épaisseur de l'os : aussi l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes forme un angle obtus, saillant en avant, très-important à bien connaître, et que l'on distingue sous le nom d'*angle sacro-vertébral*. Les deux autres faces articulaires, beaucoup plus petites, sont postérieures; l'une à droite; l'autre à gauche, légèrement excavées et taillées obliquement sur deux proéminences qui correspondent aux apophyses obliques de la vertèbre ; 2°. deux petites échancrures ; l'une à droite , l'autre à gauche, qui , jointes à celles de la dernière vertèbre des lombes, forment un trou par lequel passe la cinquième paire des nerfs lombaires ; 3°. enfin, une grande ouverture triangulaire qui est l'orifice du canal creusé dans l'épaisseur du sacrum.

Les bords iliaques ou latéraux du sacrum , sont dirigés obliquement de la base à la pointe ou sommet du sacrum ; ils sont inégalement épais , car l'épaisseur de cet os diminue progressivement de sa base à sa pointe.

Outre beaucoup d'aspérités et d'ouvertures irrégulières, qui servent, soit à l'implantation des ligaments, soit au trajet de quelques vaisseaux sanguins qui pénètrent dans le tissu de l'os, on remarque spécialement sur chacun de ses bords : 1°. une face articulaire, oblongue, inégale, irrégulière, taillée fort obliquement de haut en bas, qui correspond à celle que l'on a déjà remarqué sur l'ilium, et forme l'articulation ou symphise sacro-iliaque; 2°. au-dessous de cette face articulaire, le bord du sacrum diminue progressivement d'épaisseur, devient plus arrondi, et, en approchant de l'angle coccygien, il forme un petit tubercule arrondi, qu'il faut remarquer, parce qu'il donne attache à un ligament qui, du sacrum, se porte à l'iskion, et que, par cette raison, l'on nomme *ligament sacro-iskiatique*.

Des trois angles de cet os, les *deux supérieurs* ou *ilio-lombaires* sont aigus, et présentent seulement quelques aspérités qui indiquent l'attache de divers faisceaux ligamenteux; *l'inférieur* ou coccygien, plus mince, obliquement tronqué sur le plan de son épaisseur, présente une face articulaire, convexe,

oblongue, qui sert à son articulation avec le coccix.

Le Coccix, que l'on appèle vulgairement l'*os du croupion*, a été considéré, par plusieurs écrivains, comme une appendice ou prolongement mobile du sacrum; il y est effectivement uni par une sorte d'articulation ou de symphise, et approche beaucoup de sa forme et de ses dispositions. Il est applati, triangulaire, et on y considère, comme au sacrum, deux faces; l'une interne ou abdominale; l'autre externe ou postérieure : de ses bords, le plus remarquable, est celui qui s'unit au sacrum; il présente sur le plan de son épaisseur, une fossette articulaire, oblongue, qui correspond à l'angle inférieur du sacrum. Le plus ordinairement dans l'adulte, ce petit os est composé de trois pièces distinctes, qui ont entre elles une certaine flexibilité, et il se termine par un petit tubercule arrondi, qui donne attache à quelques fibres aponévrotiques et musculaires.

Article II. — *Connexion.* Les os du bassin se touchent en quelques points, sont soutenus dans leur contact par divers li-

gaments , et forment ainsi des articulations. Les anatomistes comprennent les articulations du bassin, sous le titre générique de *synarthrose* ; ils les regardent comme entièrement immobiles, et les distinguent sous le nom particulier de *symphise* ; ainsi, on reconnaît au bassin, trois symphises principales ; l'une, antérieure, médiane, formée par la rencontre des deux pubis, est nommée *symphise des pubis* ; les deux autres, postérieures, formées par l'union du sacrum avec les ilium, sont nommées *symphises sacro-iliaques*.

Pour bien saisir la nature, la disposition de ces symphises, il faut les considérer dans l'état frais ; alors on voit entre le bord perpendiculaire de chacun des pubis, une lame fibro-cartilagineuse, épaisse en devant et en bas, plus mince en haut et en arrière, d'une couleur blanche, d'un tissu dense, élastique, qui est intimement adhérente au bord de chacun des pubis. Au premier coup-d'œil, cette lame paraît présenter, dans toute son étendue, la même tissure, la même densité, n'être enfin qu'une substance intermédiaire, un moyen d'union, placé entre

les deux pubis ; mais en examinant les choses de plus près, on reconnaît deux lames très-distinctes, et d'une texture différente dans toute leur étendue ; l'une appartient au pubis droit ; l'autre, au pubis gauche ; mais il se détache de chacune de ces lames, des fibres blanches, courtes, qui, d'un côté, se portent à l'autre, s'entre-croisent et forment ainsi des aréoles remplies d'un fluide visqueux et tenace ; enfin, on observe entre ces deux lames, et à-peu-près au milieu de leur longueur, deux facettes oblongues, lisses, polies, dont la surface, toujours humectée par un fluide visqueux, paraît recouverte par une membrane synoviale très-fine. Cette disposition est plus remarquable encore, lorsqu'on examine le bassin d'une femme morte dans les derniers mois de sa grossesse, ou quelque temps après l'accouchement ; toujours alors, le tissu de cette substance fibro-cartilagineuse, est amolli, gonflé ; ses aréoles sont plus grandes, et l'on trouve toujours entre ces deux facettes, une quantité plus ou moins grande, d'un fluide visqueux et synovial ; toujours aussi, à ces époques, il y a mobilité très-sensible entre les deux pubis, elle est même quelquefois si grande, que les

femmes y conservent un sentiment de gêne et de fatigue, plus ou moins durable; ainsi, par sa disposition, cette symphise se rapproche beaucoup du mode d'articulation qui se remarque entre les corps des vertèbres, et ne doit point être considérée comme une articulation entièrement immobile. M. *Chaussier*, qui souvent nous a fait ces observations à l'hospice de la Maternité, pense même que, dans tous les tems, il y a dans cette articulation, une sorte de mobilité, peu perceptible dans l'état le plus ordinaire, et, cependant, bien démontrée, puisque, dans l'âge le plus avancé, ces symphises ne sont jamais soudées.

Outre ce moyen d'union, les pubis sont affermis dans leur contact: 1°. par l'implantation des fibres aponévrotiques des muscles larges de l'abdomen qui s'entre-croisent à sa face antérieure; 2°. par des faisceaux ligamenteux, qui, d'un côté, se portent à l'autre, et sont moins sensibles à la face interne ou abdominale des pubis; 3°. par un ligament triangulaire, court, fort, épais, qui, de la branche sous-pubienne, d'un côté, se porte à l'autre, et concourt à former le ceintre ou l'arcade des pubis.

Les symphises sacro-iliaques présentent une disposition bien différente de celle des pubis. Pour bien saisir cette différence, il faut se rappeler ce que l'on a déjà indiqué plus haut; qu'à son extrémité postérieure, l'ilium présente une face articulaire, oblongue, inégale, taillée fort obliquement sur le plan de son épaisseur, qui correspond à une pareille face articulaire, taillée sur les bords latéraux du sacrum. La face articulaire de l'ilium est incrustée d'une lame cartilagineuse, mince, lisse, toujours humectée par une sérosité synoviale; la face articulaire du sacrum, est également incrustée d'une lame cartilagineuse, lisse, polie, mais plus épaisse que celle que l'on remarque à l'ilium. Les inégalités ou petites éminences et cavités que l'on remarque à ces surfaces articulaires, forment une sorte d'engrainure réciproque et superficielle qui multiplie les points de contact entre ces deux os, mais n'en fait point la connexion. La résistance, la fermeté de cette symphise, est entièrement due à des ligaments forts et serrés qui, de la dernière vertèbre lombaire et des deux faces du sacrum, se répandent sur l'ilium et les attachent. Ces ligaments sont en grand nombre, et sont distingués d'après

leur situation, en supérieurs ou *lombo-iliaques*, en postérieurs et antérieurs, que l'on nomme aussi *sacro-iliaques*.

Les ligaments *lombo-iliaques*(1), que l'on appèle plus communément *ilio-lombaires*, s'étendent de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre des lombes, à la partie supérieure de l'ilium, et il y en a deux très-distincts de chaque côté; l'un, vient du bord de l'apophyse transverse, se porte obliquement et en s'épanouissant à la partie supérieure de la symphise; l'autre, part de la pointe ou extrémité de cette apophyse, et se porte transversalement au bord, à la crête de l'ilium, à laquelle il se fixe d'une manière intime, et se prolonge même un peu en avant.

Les ligaments situés à la face spinale du sacrum, et que l'on distingue sous le nom de *sacro-iliaques postérieurs*, sont en grand nombre, très-forts, très-serrés et d'une texture très-complexe; les uns, courts et profonds, se portent transversalement, et forment, par leur rapprochement, un tissu fibreux, dense, et très-tenace; les autres,

---

(1) Voyez Planche I.

plus superficiels, partent des tubercules supérieurs et latéraux que l'on remarque à la face spinale du sacrum, et forment trois faisceaux qui s'épanouissent, s'implantent à la partie postérieure de l'ilium, et aux petites épines ou tubercules postérieurs de cette portion de l'os coxal.

Les ligaments situés à la face abdominale du sacrum, et que l'on nomme *sacro-iliaques antérieurs*, sont composés de bandelettes minces, qui se portent transversalement du sacrum à l'ilium, recouvrent toute la face antérieure de cette symphise, s'unissent et semblent se confondre avec le périoste ; on remarque cependant quelques-unes de ces bandelettes ligamenteuses, plus épaisses et plus fortes au sommet de l'échancrure sacro-iskiatique.

Ainsi, quoique le sacrum ait une figure triangulaire, dont la base soit en haut comme un coin entre les os coxaux, et qu'il semble devoir tendre à s'échapper par le poids de la partie supérieure du corps, cet effet se trouve prévenu 1°. par la disposition oblique des surfaces articulaires de cette sym-

phise ; 2°. par les éminences et cavités qui se reçoivent mutuellement ; 3°. par le grand nombre de ligaments forts et serrés, qui se remarquent spécialement à la face postérieure et supérieure du bassin.

Le coccix, que l'on regarde avec raison comme une appendice mobile du sacrum, offre un mode particulier de connexion : nous nous bornerons à remarquer que cette connexion est faite 1°. par une lame fibro-cartilagineuse, d'une texture molle, spongieuse, qui, par une des faces, est extrêmement adhérente à l'angle tronqué du sacrum, et, par l'autre, à l'excavation du coccix ; 2°. par divers faisceaux ligamenteux, disposés principalement sur sa face externe et sur ses côtés.

Outre ces divers ligaments qui soutiennent et affermissent les os du bassin dans un contact mutuel, il en est encore d'autres qui méritent une attention particulière, parce qu'ils servent essentiellement à circonscrire l'étendue du détroit inférieur ou périnéal, à en déterminer la forme ; ces ligaments sont au nombre de quatre, deux de chaque côté ; on les désigne, d'après leur attache, sous

le nom de *sacro - iskiatiques* et communément *sacro-sciatiques*, et d'après leur étendue, l'un est appelé *grand*, et l'autre *petit.* (Voyez fig. N°. II.)

Attachés l'un et l'autre à la face spinale et à la partie inférieure du bord du sacrum, ces ligaments sont, en cet endroit, superposés et si intimement unis, qu'ils paraissent confondus et ne former qu'une large lame aponévrotique ; ils sont cependant très-distincts, par la direction de leurs fibres, ainsi que par leur terminaison à l'iskium.

Le grand ligament sacro-iskiatique, large, mince, applati du côté du sacrum, est composé d'un grand nombre de faisceaux qui ont leurs attaches aux épines postérieures de l'ilium, et aux parties latérales du sacrum; mais peu-à-peu ses fibres se rapprochent, ce ligament devient plus étroit, plus épais, et s'implante à la tubérosité de l'iskium, et de là, fournit un petit prolongement qui s'étend à la branche sous-pubienne.

Le petit ligament sacro - iskiatique, que l'on nomme encore *antérieur*, a ses attaches à la partie inférieure du sacrum et au

coccix : recouvert en cet endroit , par le grand ligament sacro-iskiatique, il y est intimement uni ; mais dans son trajet, il s'en sépare et se dirige obliquement à l'épine de l'iskium, et s'y termine.

Par la disposition de ces ligaments, l'échancrure iskiatique forme deux ouvertures distinctes ; l'une supérieure, grande, ovalaire, par laquelle passent, 1°. deux artères qui se distribuent aux muscles de la fesse, de la cuisse ; 2°. un très-gros et long nerf, que l'on nomme, à cause de sa situation, *femoro-poplite*, et, communément, *sciatique* ; 3°. un muscle qui, du sacrum, se porte au trokanter. L'autre ouverture, située entre l'épine et la tubérosité de l'iskium, triangulaire, plus petite, donne passage à la portion d'un muscle qui s'implante à la fossette du trokanter.

La connexion du bassin avec les cuisses, ne présente aucune considération importante pour la pratique des accouchements, il est inutile de s'y arrêter ; mais il est nécessaire d'examiner, plus particulièrement, l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes.

Le Rachis (1), que l'on appèle communément l'*épine*, *la colonne épinière* ou *vertébrale*, est la partie du tronc, qui, de la tête, s'étend au sacrum, unit ainsi les deux extrémités du tronc, sert de base à l'articulation des côtes, de soutien aux membres supérieurs ; elle est composée de vingt-quatre os courts, épais, celluleux, d'une figure complexe, que l'on nomme *vertèbres*. Chacune de ces vertèbres, à l'exception de la première, présente, en devant, une portion épaisse qui a la forme d'une tranche ou segment transversal de cylindre, et que l'on nomme *le corps de la vertèbre* : on y remarque en arrière, une portion annulaire garnie de sept apophises, que l'on distingue sous les noms d'*épineuses*, *transverses*, et *obliques* ou *articulaires*.

Par rapport à son étendue et à sa disposition, on divise le rachis en trois portions ou régions ; la supérieure, composée de sept vertèbres, forme le *col* ; la moyenne

(1) *Rachis*, ce mot, ainsi que ses dérivés, doit, suivant l'observation de M. Chaussier, se prononcer tel qu'on l'écrit, et non pas *Rakis* ou *Raquis*, comme on le fait quelquefois.

soutient les côtes, et forme le *dos*, l'inférieure est distinguée sous le nom de *lombes*; elle est composée de cinq vertèbres placées les unes sur les autres, articulées entre elles, et avec le bord supérieur du sacrum. Toutes ces articulations sont faites en devant, par l'interposition d'une lame fibro-cartilagineuse, épaisse, spongieuse, qui se trouve entre le corps de chaque vertèbre, et y est intimement adhérente; et en arrière, par des facettes cartilagineuses, lisses, polies, taillées sur les apophises obliques qui se reçoivent réciproquement : un grand nombre de ligaments disposés à leur pourtour, affermissent et fortifient ces articulations, qui, toutes, sont susceptibles d'un degré de mouvement.

Les vertèbres des lombes, forment, par leur disposition, une courbure, dont la convexité est en devant, et la concavité en arrière; les lames fibro-cartilagineuses, qui sont placées entre leurs corps, sont plus épaisses et plus molles que celles des deux autres régions du rachis; mais il faut spécialement considérer le mode d'articulation de la cinquième vertèbre des lombes avec le sacrum.

Cette vertèbre, qui est la plus grosse,

diffère des autres, par quelques particularités qu'il faut remarquer : 1°. les apophises transverses sont courtes, et dirigées obliquement en haut ; 2°. les apophises articulaires, inférieures, sont un peu applaties et dirigées en devant ; 3°. son corps a plus d'épaisseur en devant qu'en arrière, et la face articulaire de cette vertèbre, qui correspond au sacrum, est sur un plan très-oblique. Par cette disposition, l'articulation de cette vertèbre avec le sacrum, forme en devant, un angle saillant, que l'on distingue sous le nom d'*angle sacro-vertébral*, et dont la connaissance est fort importante pour la pratique des accouchements.

Les moyens de connexion de cette vertèbre, avec le sacrum, consistent : 1°. dans une lame fibro-cartilagineuse, fort épaisse, d'un tissu dense, spongieux et très-élastique ; 2°. dans un grand nombre de ligaments disposés à son pourtour, et dont quelques-uns ont déjà été indiqués, en parlant des symphises sacro-iliaques.

Art. III. — *Forme et détroits du bassin.* La réunion des os du bassin, par les ligaments qui leur sont propres, forme une

sorte de canal osseux, qui, supérieurement, ou du côté de l'abdomen, présente une grande ouverture, porte deux grandes et larges appendices, concaves, déjetées sur les côtés, séparées en devant, par un grand intervalle, plus rapprochées en arrière, et qui, inférieurement, ou du côté du périné, présente une autre ouverture très-remarquable, par sa forme et sa disposition, sur deux plans opposés.

On divise ordinairement le bassin en *grand* et en *petit*; on nomme *grand bassin*, les aîlerons, les larges appendices évasées, qui forment les hanches, la partie supérieure du bassin; et on appèle *petit bassin*, la portion qui forme le canal osseux, que le fœtus doit traverser dans l'accouchement. Cette division est spécialement établie par la disposition d'une ligne qui, du pubis, se prolonge sur la face interne de l'ilium, et se continue sur le bord supérieur du sacrum. Souvent on donne à cette ligne le nom de *marge du bassin*, parce qu'elle forme le bord supérieur ou l'entrée du canal osseux : pour mieux saisir la forme, la disposition de ce canal osseux, dont la connaissance est

si importante dans l'art des accouchements, il faut, comme le pratique M. Chaussier, séparer d'un trait de scie, les aîlerons ou appendices du bassin ; cette préparation simple, nous a paru rendre l'étude plus facile.

Quoiqu'il en soit, on doit considérer au bassin proprement dit, ses ouvertures et sa cavité ou excavation pelvienne.

Les ouvertures du bassin, sont généralement désignées sous le nom de *détroits*, parce que, comparées à l'espace qui est au-dessus ou au-dessous, elles forment une sorte de rétrécissement ; ainsi, l'on distingue, au bassin, deux détroits ; l'un supérieur ou *abdominal* ; l'autre inférieur ou *périnéal*.

Le détroit abdominal, qui, relativement au trajet que doit parcourir le fœtus, en fait l'entrée, est circonscrit par cette ligne saillante et arrondie, qui, du pubis, se prolonge au sacrum, et dont il a été déjà parlé plus haut ; sa forme est à-peu-près elliptique, c'est-à-dire, qu'elle ressemble à un cercle allongé, déprimé de devant en arrière, sur deux points opposés. Souvent

aussi, elle ressemble à un trigone curviligne, dont les angles seraient arrondis, et la base ou la partie la plus large, répondrait au sacrum.

Le détroit inférieur, ou *périnéal*, que l'on peut considérer comme la partie inférieure du bassin, est circonscrit en devant, par la jonction des pubis ; sur les côtés, par les branches qui se prolongent jusqu'à la tubérosité de l'iskium ; en arrière, par l'extrémité du sacrum ainsi que par le bord de ces larges et forts ligaments, qui, du sacrum, s'implantent à la tubérosité de l'iskium.

La forme de ce détroit paraît d'abord irrégulière et difficile à déterminer, parce que ses bords sont échancrés et disposés sur deux plans inclinés dans deux directions opposées ; mais si l'on considère ce détroit dans son intégrité, c'est-à-dire, avec ses ligaments, et si, après y avoir appliqué une feuille de papier ou de carton mince, on en suit le contour avec un crayon, alors, on reconnaît évidemment que la forme de ce détroit approche d'un ovale, dont la petite extrémité répond au pubis, et dont la grosse

extrémité, qui répond au sacrum, est interrompue par la saillie du coccix.

La cavité ou excavation pelvienne, est l'espace compris entre les deux détroits; elle est remarquable, 1°. par sa capacité qui est un peu plus grande que celle des détroits, à cause de la concavité du sacrum; 2°. par la disposition et l'étendue de ses parois, qui, toutes, forment des plans lisses, inclinés, et dirigent au détroit périnéal, et sous l'arcade que forme la jonction des pubis.

ART. IV. — *Diamètres des détroits du bassin.* On appèle *diamètre*, la ligne droite qui, tirée d'un point de la circonférence d'une figure, passe par son centre, et sert à en déterminer l'étendue, les rapports; et, comme dans les accouchements il importe beaucoup de connaître la forme, les proportions des détroits que le fœtus doit traverser, on en a considéré les diamètres.

Ainsi, au détroit abdominal, on distingue deux diamètres; l'un que l'on appèle *petit*, ou *antéro-postérieur*, et que, d'après M. *Chaussier*, on nomme plus exactement *sacro-pubien*, se mesure du bord supérieur du

sacrum, à la face interne des pubis; son étendue est le plus ordinairement de quatre pouces ou 110 millimètres; l'autre, que l'on appèle *grand, transversal*, ou mieux *iliaque*, se mesure de la marge du bassin, d'un ilium à l'autre; son étendue est d'à-peu-près cinq pouces, ou 135 millimètres; enfin, d'après *Levret*, et dans l'intention d'exprimer d'une manière plus précise, les positions du fœtus, le trajet qu'il doit parcourir, on admet deux diamètres obliques ou moyens qui coupent obliquement les deux premiers, et qui se mesurent de la paroi cotyloïdienne, d'un côté, à la symphise sacro-iliaque, de l'autre côté : leur étendue est estimée de quatre pouces et demi ou 120 millimètres.

Au détroit périnéal, on distingue de même deux diamètres principaux; l'un *grand* ou *antéro-postérieur*, que l'on nomme mieux encore *cocci-pubien*, se mesure de la pointe du coccix, à l'arcade des pubis; son étendue est à-peu-près de quatre pouces, ou 110 millimètres; mais ici il faut observer que par la mobilité du coccix, la rétrocession dont il est susceptible, l'étendue de ce dia-

mètre peut, par le passage de la tête, augmenter d'environ six lignes, ou 12 millimètres; l'autre diamètre, que l'on nomme *petit, transversal* ou *iskiatique*, se mesure d'une tubérosité de l'iskium à l'autre : son étendue est aussi d'à-peu-près quatre pouces, ou 110 millimètres.

On a aussi admis, pour ce détroit, deux diamètres *obliques* : on les mesure de la branche sous-pubienne d'un côté, au bord du ligament sacro-iskiatique de l'autre côté, et on les estime d'environ quatre pouces, ou 110 millimètres.

Art. V. — *Mesures des diverses parties du bassin.* On considère encore le rapport des diverses parties du bassin, ce qui est nécessaire dans quelques cas, pour en reconnaître la conformation ; ainsi, dans le bassin d'une femme adulte, bien conformée, les hanches sont évasées, arrondies, saillantes en dehors ; l'une et l'autre sont également disposées à la même hauteur, et l'on y trouve, généralement, les proportions suivantes :

1°. De l'épine supérieure de l'ilium, d'un

côté à l'autre, la distance est de *neuf pouces six lignes*, 24 centimètres ou 245 millimètres ;

2°. Du milieu de la crête de l'ilium, d'un côté à l'autre, *dix pouces six lignes*, 28 centimètres ou 280 millimètres ;

3°. Du milieu de la crête de l'ilium à la marge du détroit abdominal, du même côté, *trois pouces quatre lignes*, 9 centimètres ou 90 millimètres ;

4°. Du milieu de la crête de l'ilium, à la tubérosité iskiatique, du même côté, ce qui donne la plus grande hauteur des parois du bassin ; la distance est de *sept pouces trois lignes*, 19 centimètres ou 196 millimètres : la moitié de cette hauteur, dans le même direction, donne la profondeur de la cavité pelvienne ;

5°. De l'épine supérieure et antérieure de l'ilium à la tubérosité iskiatique, *six pouces trois lignes*, 16 centimètres ou 169 millimètres ;

6°. De la face antérieure de la symphise des pubis, à la face externe du sacrum, au-dessous de l'épine de la dernière vertè-

bre des lombes, *sept pouces*, 19 centimètres ou 190 millimètres.

Outre ces mesures que l'on prend facilement sur le squelette avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, ou mieux encore, avec le *mécomètre* (1), on considère encore la forme particulière, les proportions respectives de la cavité ou excavation pelvienne, et l'on y remarquera spécialement :

1°. La paroi sacrée ou postérieure, qui

(1) *Mécomètre*, ce mot, dérivé du grec, signifie littéralement, mesure de longueur, et l'on s'en sert pour désigner l'instrument que l'on employe particulièrement à l'hospice de la Maternité, pour déterminer les longueurs des fœtus, etc. Cet instrument qu'il suffit de voir pour en comprendre l'usage, est composé d'une règle en bois ou tige quarrée, longue d'un mètre, et divisée sur deux côtés opposés, en centimètres et millimètres ; une lame de cuivre qui est arrêtée à angle droit, à une extrémité de cette tige, forme un point fixe ; et un curseur, de même forme, de même métal, que l'on peut, à volonté, écarter ou rapprocher du point fixe, donne la longueur du corps que l'on mesure, et la division exacte en millimètres ou centimètres, suivant le mode d'expression que l'on voudra adopter.

est formée par le sacrum, et a de hauteur *quatre pouces sept lignes*, 12 centimètres ou 125 millimètres ;

2°. La paroi pubienne ou antérieure qui est formée par la symphise des pubis, et n'a de hauteur que *dix-huit lignes* ou 40 millimètres ;

3°. Les parois cotyloïdiennes, latérales ou iskiatiques, qui, chacune, ont *trois pouces six lignes* de hauteur, 9 centimètres ou 95 millimètres ;

4°. L'épaisseur du sacrum, à sa base, *un pouce six lignes*, quatre centimètres ou 40 millimètres ;

5°. La largeur de cet os, à sa base, qui est de *quatre pouces*, 11 centimètres ou 110 millimètres ;

6°. La concavité du sacrum, dont la profondeur est à-peu-près de *huit lignes*, ou 18 millimètres ;

7°. La longueur du coccix, que l'on estime généralement de *onze lignes*, ou 25 millimètres ;

8°. Enfin, en mesurant le bassin de l'angle sacro-vertébral, sous l'arcade, et en

devant des pubis, on trouve une distance de *quatre pouces six lignes*, 12 centimètres ou 124 millimètres.

En rapprochant ici, ces mesures qui ont été indiquées dans les divers traités des accouchements, et que nous avons souvent vérifiées, nous devons ajouter qu'elles doivent être considérées seulement comme un terme moyen, aproximatif et le plus ordinaire; souvent l'on y trouvera quelque différence en plus ou en moins, et spécialement suivant la stature du sujet; ainsi, dans les femmes d'une petite stature, mais bien conformées, le sacrum a moins de hauteur, moins de courbure, et l'accouchement est généralement plus prompt que dans les femmes d'une grande taille; la disposition des parties molles qui environnent le bassin, ou qui sont contenues dans ses cavités, apporte aussi dans ces mesures quelques différences que nous indiquerons dans un autre article.

ART. VI. — *Direction du bassin.* Lorsque l'on considère le bassin sur un squelette frais, bien préparé, et que l'on tient debout, on voit que les vertèbres des lombes

forment une courbure dont la convexité est en devant, et que, par cette disposition, le bassin est dans une direction fort oblique; le sacrum est en haut et en arrière (1), le pubis en devant et en bas, et une ligne qui, du bord du pubis, est tirée horizontalement en arrière, parvient à-peu-près au milieu du sacrum. Ainsi, le détroit abdominal ou supérieur est dirigé obliquement de haut en bas, inclinaison que l'on estime généralement de quarante degrés; mais cette inclinaison, si importante pour soutenir les viscères de l'abdomen, pour prévenir la compression des organes contenus dans la cavité du bassin, n'est pas la même dans tous les individus, et à tous les âges. Elle diffère aussi beaucoup suivant les attitudes; ainsi, après avoir placé le squelette sur le dos, sur un plan horizontal (2), si l'on fléchit, si l'on relève les membres inférieurs, la convexité des lombes diminue ainsi que l'obliquité du bassin; enfin, le détroit périnéal se présente directement et presque dans toute son étendue (3),

(1) Voyez planche I.

(2) Voyez planche V, fig. 2.

(3) Voyez planche III.

surtout si l'on a eu soin de placer un coussin sous le sacrum, observation que l'on ne doit point perdre de vue, surtout lorsqu'il faut porter la main dans l'utérus, pour terminer un accouchement.

Art. VII. — *Axes du bassin.* On appèle *axe*, une ligne droite, que l'on suppose traverser un corps par son centre ou milieu. Ainsi, l'axe du corps, considéré dans son intégrité, est une ligne droite qui, du sommet de la tête, traverse la hauteur du tronc, et se prolonge perpendiculairement entre les deux pieds ; mais comme on l'a déjà fait observer, le bassin est dans une direction oblique, et la ligne perpendiculaire qui fait l'axe du corps, ne traverse point le centre du bassin ; enfin, comme le détroit périnéal est sur un plan, dans une direction différente de celle du détroit abdominal, on a distingué un axe particulier à chacun de ces détroits.

Ainsi, l'axe du détroit abdominal ou supérieur, est une ligne droite qui, de l'ombilic de la femme, passe par le centre de ce détroit et se termine au tiers inférieur de la concavité du sacrum, et l'axe du détroit périnéal ou inférieur, est exprimé par une autre

ligne droite, qui, de l'angle sacro-vertébral, passe au centre de ce détroit.

La rencontre de ces deux lignes imaginaires, se trouve à-peu-près au milieu de la cavité pelvienne, et présente ainsi un angle obtus en devant, disposition qu'il importe beaucoup de remarquer, parce qu'elle fait connaître d'une manière plus précise, la marche que le fœtus suit nécessairement pour traverser les détroits du bassin, sortir de son excavation; parce qu'elle est aussi d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de porter la main dans l'utérus, ou d'extraire le corps d'un fœtus.

Art. VIII. — *Différence du bassin, selon le sexe et selon l'âge.* Quoique le bassin présente dans les deux sexes la même conformation générale, et qu'il soit composé du même nombre de pièces, cependant le bassin de la femme diffère de celui de l'homme par une amplitude et une capacité plus grande, par les proportions, la disposition de ses parties. Ainsi, dans le bassin de la femme, toutes les surfaces sont plus lisses, les contours plus arrondis, on n'y voit pas les aspérités qui indiquent l'attache des muscles, et qui

sont si marquées dans l'homme. Les *ilium* sont déjetés en dehors et en arrière, ce qui donne plus de rondeur, plus de saillie aux hanches. La crête des ilium, ainsi que leurs épines ou tubérosités antérieures, sont moins épaisses, moins âpres, plus arrondies; l'évasement du bassin est plus grand ; l'angle sacro-vertébral moins saillant ; le contour ou rebord du détroit abdominal, plus étendu, plus arrondi ; le sacrum, plus haut, plus large, plus concave; l'arcade des pubis, plus large; les branches sous-pubiennes, plus minces, plus écartées, contournées en dehors; les tubérosités de l'iskium, moins grosses, moins âpres, inclinées obliquement en dehors ; les articulations ou symphises du bassin, sont moins serrées ; la symphise des pubis a moins de hauteur ; la substance fibro-cartilagineuse qui la forme, est plus molle, plus épaisse, plus courte, et fait, en dedans, une petite saillie ou bourrelet ; la connexion du coccix avec le sacrum est plus lâche, plus mobile; enfin, les cavités cotyloïdes sont moins rapprochées du centre du corps, ce qui détermine une différence remarquable dans le mode de progression et surtout dans la course.

La forme et la composition du bassin, diffèrent aussi beaucoup, suivant l'âge, et ces différences méritent d'être remarquées, par rapport à quelques difformités qui peuvent survenir à cette partie.

Dans l'enfant naissant, quelque soit son sexe, le bassin est toujours très-petit, et ne contient alors qu'une petite partie des organes qu'il doit renfermer par la suite. La forme du détroit abdominal est à-peu-près circulaire et même un peu allongée du sacrum au pubis. Les pièces qui en constituent le contour et leur donnent la forme, sont molles, flexibles, en grande partie cartilagineuses, et on y distingue trente-six points d'ossification, séparés et unis par des bords cartilagineux ; mais par les progrès de la nutrition, de l'accroissement, ces divers points d'ossification se confondent, se soudent intimement ; et, à l'âge de six à sept ans, le sacrum qui, dans les premiers tems, présentait vingt-un points d'ossification, n'est plus formé que de cinq pièces placées les unes au-dessus des autres, et réunies par des bords cartilagineux ; le coccix reste composé de trois pièces, et chacun des os coxaux est composé de trois pièces principales, dont l'une forme l'ilium ou la région supérieure et posté-

rieure du bassin ; une autre, l'iskion ; et la troisième, le pubis ; l'on y remarque aussi un bord cartilagineux, qui forme la crête de l'ilium ; un autre sur la tubérosité de l'iskion ; enfin, un troisième à l'angle du pubis. Par la suite, ces croûtes cartilagineuses, deviennent autant de points particuliers d'ossification ; de sorte qu'à l'âge de dix ou douze ans, chacun des os coxaux est composé de six pièces, que l'on peut facilement séparer par la macération, mais qu'il ne faut pas considérer, ainsi qu'on l'a fait trop long-tems, comme autant d'os particuliers qui doivent être étudiés et décrits séparément.

Quoiqu'il en soit, dès l'âge de sept ans, le bassin de la jeune fille commence déjà à se faire distinguer de celui du garçon, par un peu plus d'évasement ; la forme du détroit abdominal est alors plus allongée du sacrum au pubis ; mais en approchant de la puberté, le développement se fait d'une manière plus rapide ; le détroit abdominal acquiert plus d'étendue dans son diamètre transversal ; les hanches deviennent plus saillantes, plus arrondies ; tous les points divers d'ossification sont réunis, il ne reste plus que les quatre pièces

principales, comme on les trouve dans l'adulte.

Art. IX. — *Difformités du bassin.* Si l'on se bornait à considérer que, dans les premiers tems de la vie, le bassin a une molesse, une flexibilité très-grande; que par sa disposition, ses connexions avec le rachis et les membres inférieurs, il est, en même tems, la base qui supporte toute la partie supérieure du corps; le point d'appui sur lequel s'exécutent tous les efforts, tous les mouvements des membres inférieurs, il paraîtrait, d'abord, que les proportions et la forme de cette partie, pourraient facilement et fréquemment, être altérées par les attitudes, les efforts de l'enfant, et mille autres circonstances accessoires; cependant, l'expérience journalière prouve que les difformités du bassin sont rares, et cet avantage paraît devoir être attribué à la multiplicité des points d'ossification, qui, en se développant simultanément, se pressent, se soutiennent réciproquement, donnent ainsi au bassin la fermeté, la résistance nécessaires, en même tems qu'ils en augmentent l'étendue, et en conservent la forme; aussi, quoique peu développés dans le fœtus, les os du bas-

sin sont, à la puberté, les premiers qui ont acquis la conformation qu'ils doivent conserver par la suite; ils ne sont altérés que dans les sujets qui, dans l'enfance, ont éprouvé des maladies qui tendent essentiellement à changer le mode de nutrition propre aux os; quelquefois même on trouve le bassin bien conformé, quoique les os des membres et même ceux du tronc soient plus ou moins courbés et contournés; ce qui dépend spécialement de l'époque à laquelle est survenue la maladie qui a perverti la nutrition des os.

Cependant malgré ces dispositions admirables dans la composition primitive du bassin, on y trouve par fois différents vices de proportion ou de conformation qui peuvent rendre l'accouchement difficile ou même impossible par les voies naturelles: ainsi, quoique régulier dans sa forme, ses ouvertures, ses contours, le bassin, disent quelques-uns, peut être trop étroit pour donner issue à un fœtus de volume ordinaire; ce qui conduirait à supposer un défaut d'accroissement, de développement uniforme et simultané dans le bassin; mais il nous paraît difficile et même impossible de concilier l'idée d'une petitesse absolue avec

la régularité de la conformation dans une femme d'ailleurs bien conformée ; cette petitesse peut seulement être relative au volume du fœtus ; et on l'observe quelque fois lorsque, pendant son séjour dans l'utérus, le fœtus a acquis un développement extraordinaire, et qu'il ne se trouve plus alors proportionné aux détroits qu'il doit traverser. Mais ces cas s'écartent de la marche naturelle que nous devons d'abord considérer.

D'autres fois, au contraire, le bassin a un excès de grandeur et de capacité ; et cette disposition, qui paraît si propre à rendre l'accouchement plus prompt, plus facile, donne lieu à des incommodités, à des accidents plus ou moins graves qui nécessitent des attentions particulières pour prévenir la chûte de l'utérus, les effets de la compression que cet organe fait par son développement dans la cavité pelvienne.

Les vices de conformations, c'est-à-dire, ceux qui dépendent de l'altération de la forme du bassin, sont plus nombreux, plus fréquents et plus graves, et toujours ils sont le résultat de quelque maladie qui a suspendu, perverti le mode de nutrition des os. On les a observés à

toutes les parties du bassin, mais plus ordinairement au détroit abdominal ; moins souvent au détroit périnéal ; plus rarement encore à l'excavation pelvienne ; il serait trop long de décrire tous ces modes d'altérations, nous nous bornerons à indiquer les principaux :

1°. La forme du détroit abdominal est altérée par la dépression, l'enfoncement d'un ou de plusieurs de ses bords ou parois, d'où résulte nécessairement un rétrécissement plus ou moins considérable de son ouverture. Le plus ordinairement le rétrécissement de ce détroit se trouve au diamètre sacro-pubien et dépend spécialement de la base du sacrum qui est déjetée et saillante en devant : dans le cas de ce vice de conformation, les hanches conservent leur forme ordinaire ; mais le bassin est dans une grande inclinaison et l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes, présente un enfoncement remarquable ; ce qui fait donner aux personnes qui ont cette conformation, le nom vulgaire d'*ensellées*. Souvent cette disposition vicieuse du sacrum, est accompagnée de l'applatissement, de la dépression ou même de l'enfoncement des pubis ; et le diamètre sacro-pubien, se trouve

alors tellement rétréci que, dans quelques sujets, il n'avait, comme le rapportent ***Hunter***, ***Camper*** et ***Baudelocque***, que 60, 40, 30, et même seulement 20 millimètres (27, 18, 14 ou 9 lignes). Dans ces cas, au lieu d'avoir cette forme elliptique ou ovalaire qui lui est naturelle, l'ouverture du détroit abdominal est plus ou moins irrégulière ; souvent elle est partagée en deux portions arrondies sur les côtés, séparées par un canal intermédiaire, plus ou moins large ; ce qui fait ordinairement comparer cette disposition du détroit abdominal à un 8 de chiffre. Quelquefois le rétrécissement est spécialement dû à l'applatissement ou à l'enfoncement d'une des parois cotyloïdiennes ; d'autrefois, les deux parois cotyloïdiennes sont en même tems plus ou moins enfoncées, les pubis applatis et saillants en devant. Nous avons vû ce vice de conformation sur le bassin d'une femme adulte, dans laquelle les branches sus-pubiennes étaient tellement rapprochées qu'elles ne laissaient entre elles qu'un vide de 6 millimètres (*trois lignes*), les pubis étaient allongés, saillants en devant, et en mesurant de leur symphise à l'apophise épineuse du sacrum, on

trouvait un intervalle de 200 millimètres, ou plus de *huit pouces*, ce qui aurait pu faire croire à une grande étendue de diamètre sacro-pubien, si, en même tems, on n'eût point fait attention à la disposition particulière, au rapprochement des parois cotyloïdiennes.

Tous ces vices de conformation du détroit abdominal, sont la suite ou l'effet du rachitisme ou de quelque autre maladie survenue dans l'enfance, qui a changé le mode de nutrition, propre aux os, et leur a donné un degré de mollesse assez grand pour plier sous le poids du corps, se déformer par des positions, des attitudes prolongées, par des efforts accidentels, même par des simples mouvements. Toujours aussi les effets de la maladie se font sentir d'une manière plus ou moins marquée sur le rachis, les côtes, les dents les os du crâne, de la face et des membres; ainsi, à la simpleinspection d'une fille pubère, on pourra présumer quelque conformation vicieuse du bassin, formé dans l'enfance, par la stature, la forme dela face, du thorax, les contours de la colonne vertébrale, la courbure des jambes, des cuisses; et lorsque la maladie a commencé quelque tems avant la seconde dentition,

les dents sont minces, semi-transparentes, marquées de stries transversales, formées par des points, des enfoncements plus ou moins profonds ou espacés ; mais on s'en assurera d'une manière plus positive, par l'examen du bassin ; quelque fois il suffit d'en considérer l'extérieur, d'en mesurer les différents points avec le mécomètre ou le compas d'épaisseur, pour reconnaître sur-le-champ, l'espèce et le degré de rétrécissement qui se trouve au détroit abdominal ; mais quelquefois, et surtout dans l'adulte, la conformation du bassin, quoique régulière à l'extérieur, peut être altéré dans son détroit abdominal, par une exostôse, une tumeur formée intérieurement. Ainsi, pour prononcer avec la plus grande certitude, il convient généralement, d'avoir recours à un examen ultérieur ; ce qui sera spécialement indiqué à l'article du *toucher* ;

2°. La forme du détroit périnéal est altérée par le rapprochement des tubérosités iskiatiques, des branches sous-pubiennes, le resserrement du ceintre ou de l'arcade des pubis ; quelques-uns ajoutent le prolongement, la soudure du coccix avec le sacrum ; mais lorsque l'on considère que la mobilité du coccix

est entretenue par le besoin journalier d'évacuer les matières stercorales, on n'admettra point cette disposition, comme une cause du rétrécissement du détroit périnéal; aussi, nous disait M. Dubois, « ce n'est point l'immobilité « du coccix qui s'oppose à la sortie de la tête, « chez les femmes déjà âgées, et qui accou- « chent pour la première fois, mais bien la « rigidité des parties molles qui lui offrent une « grande résistance. C'est donc, en vain, ajou- « tait le même professeur, que l'on tenterait « de repousser le coccix, en arrière, au moyen « du doigt, la tête la repoussera toujours assez « et beaucoup mieux que l'on ne ferait ».

Quand le détroit abdominal est resserré, le détroit périnéal est ordinairement au-delà de ses dimensions ordinaires, *et vice versà*; il est rare de les voir tous les deux resserrés en même tems;

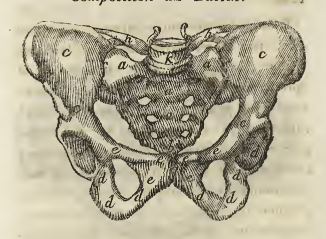
3°. Les vices de l'excavation pelvienne, consistent dans la courbure, plus ou moins grande du sacrum, dans l'applatissement, le rapprochement, plus ou moins grand, des parois cotyloïdiennes et pubiennes, et l'on pourra les reconnaître d'une manière précise,

soit par l'examen extérieur, soit par le toucher.

Pour completter tout ce qui est relatif au bassin, il faut encore le considérer dans la femme vivante, et observer quels changements il éprouve dans la grossesse et par l'accouchement; mais pour être bien saisis, ces objets supposent la connaissance des différentes parties molles, disposées au pourtour ou dans la cavité du bassin; ainsi nous en renvoyons l'exposition au paragraphe suivant. L'explication des planches ci-jointes, servira à rappeler les objets principaux qui ont été exposés dans les articles précédents.

PLANCHE Ière.

Composition du Bassin.

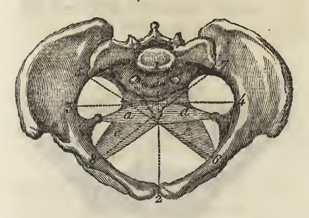


Explication de la Planche No. I.

a,a,a,a,	Le Sacrum.
b,	Le Coccix.
c,c,d,d,e,e,	Les os Coxaux, divisés en 3 régions.
c,c,	L'Ilium, région supérieure.
d,d,d,	L'Ischium, région inférieure.
e,e,e,	Les Pubis, région antérieure.
g,	La Symphise, Médiane ou Pubienne.
f,f,	Les Symphises latérales, ou sacro-iliaques.
h,h,	Les Ligaments lombo-iliaques.
k,	La dernière Vertèbre des Lombes.

PLANCHE II.

Diamètres du détroit abdominal, ou supérieur.



Explication de la Planche N°. II.

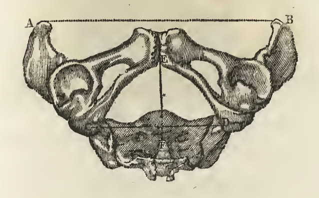
Le bassin placé horisontalement sur les pubis.

1, 2,	Diamètreantéro-postérieur ou sacro-pubien, quatre pouces ou 110 millimètres.
3, 4,	Diamètre transversal,cinq pouces, ou 135 millimètres.
5, 6, 7, 8,	Diamètres obliques, quatre pouces et demi ou 120 millimètres.
e, *e*,	Les grandsligamentssacro-iskiatiques ou postérieurs.
a, *a*,	Les petits ligaments sacro-iskiatiques ou antérieurs.



PLANCHE III.

Des diamètres du détroit périnéal ou inférieur.



Explication de la Planche N°. III.

Le bassin placé horisontalement sur le sacrum.

A, *B*, Distance d'une épine antérieure et supérieure de l'ilium à l'autre, neuf pouces six lignes ou 245 millimètres.

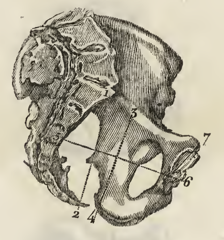
E, *F*, Diamètre antéro-postérieur ou cocci-pubien, quatre pouces ou 110 millimètres.

C, *D*, Diamètre petit transversal ou iskiatique, quatre pouces ou 110 millimètres.



PLANCHE IV.

Des dimensions de l'excavation du bassin.



Explication de la Planche N°. IV.

Coupe verticale du bassin, dans l'attitude perpendiculaire.

1, 2, De la saillie du sacrum au coccix, quatre pouces sept lignes, 125 millimètres.

3, 4, De la marge du détroit abdominal à la tubérosité iskiatique du même côté, trois pouces six lignes, 90 millimètres.

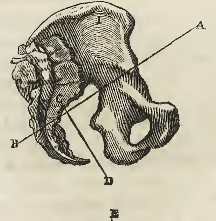
5, 6, De la partie moyenne du sacrum au bord inférieur de la symphise des pubis, cinq pouces, 135 millimètres.

1, 6, De l'angle sacro-vertébral au bord inférieur de la symphise des pubis, quatre pouces six lignes, 124 millimètres.

6, 7, Longueur de la symphise pubienne, dix-huit lignes, 40 millimètres.

PLANCHE V.

Des axes du bassin.





EXPLICATION.

Fig. 1. Le côté gauche du bassin vû de profil, intérieurement, le squelette supposé de bout.
La ligne A, B, indique l'axe du détroit supérieur ou abdominal.
La ligne C, D, l'axe du détroit périnéal ou détroit inférieur.

Fig. 2. Le bassin dans l'attitude horizontale du sujet.
L'axe du detroit supérieur ou abdominal. E, F,
L'axe du détroit inférieur ou périnéal. G, H.

§ II. — *Des parties molles qui servent ou concourent à la génération, et à l'accouchement.*

Dans l'étude et la pratique de l'art des accouchements, il ne suffit pas de connaître la conformation, la structure des parties génitales de la femme ; mais comme la grossesse produit de grands changements, non-seulement dans la forme, le volume de l'abdomen, la disposition de ses parois, mais encore dans la situation, les rapports des viscères qu'il renferme ; comme plusieurs parties concourent et coopèrent d'une manière plus ou moins active à l'accouchement, il est nécessaire d'en donner au moins une idée ; ainsi nous partagerons ce chapitre en plusieurs articles dans lesquels nous indiquerons successivement, et en peu de mots, les principaux objets qui doivent fixer l'attention des personnes qui se livrent à l'exercice de cet art.

Art. Ier. — *Considération générale de l'abdomen.* On appèle *abdomen*, et communément le *bas-ventre*, la grande cavité du tronc, dans laquelle sont renfermés les principaux organes qui servent à la digestion,

à la sécrétion de l'urine, et une partie de ceux qui servent à la génération. Cette cavité, est essentiellement composée d'os, de ligaments, de cartilages, de muscles, dont l'arrangement, la disposition, en déterminent la forme et l'étendue : ainsi, en arrière, elle est formée par les cinq vertèbres des lombes, qui sont disposées les unes au-dessus des autres, affermies dans cette situation par un grand nombre de ligaments attachés à leur pourtour, ainsi que par l'interposition d'une lame fibro-cartilagineuse placée entre leurs corps ; en haut, elle est bornée par une portion des côtes, par leur contour cartilagineux, par l'appendice abdominale du sternum ou *cartilage xiphoïde*, mais surtout par la disposition d'un muscle large et fort, que l'on nomme *diaphragme* ; en bas, la cavité de l'abdomen est terminée par le bassin et la disposition de quelques muscles ; enfin, ses parois antérieures et latérales, sont formées par le concours de dix muscles que l'on comprend sous le titre collectif de *muscles abdominaux*, et comme dans le cours de la grossesse, ces muscles, ainsi que le diaphragme, éprouvent des changements remarquables,

comme aussi leur action concourt beaucoup à l'accouchement, il ne sera point inutile d'en considérer la disposition générale.

Art. II. — *Muscles abdominaux*. Les muscles qui forment principalement l'enceinte et les parois molles de l'abdomen, sont, comme il a été déjà indiqué, au nombre de dix : cinq de chaque côté ; trois de ces muscles sont larges, minces, disposés les uns sur les autres, et forment toute l'enveloppe de l'abdomen ; les deux autres, longitudinaux, sont situés uniquement sur la face antérieure ; les muscles d'un côté, sont séparés de ceux de l'autre, par une bandelette d'un tissu blanchâtre et serré, qui, de l'appendice abdominale du sternum, se prolonge à la symphise des pubis : cette bandelette que l'on nomme la *ligne médiane de l'abdomen*, ou communément *ligne blanche*, présente à-peu-près dans le milieu de son étendue, la cicatrice que forme l'ombilic : plus large en haut, du côté du sternum, elle devient plus étroite, en s'approchant des pubis ; en l'examinant, on reconnaît évidemment qu'elle est entièrement composée des fibres aponévrotiques, qui proviennent des muscles lar-

ges de l'abdomen, s'entre-croisent en cet endroit, et forment ainsi un point commun de réunion et d'action. Mais quoique très-étroite et d'un tissu dense et très-serré, cette ligne médiane est susceptible d'une grande extension, comme on l'indiquera dans un autre article, en indiquant les changements que produit la grossesse et l'accouchement.

Les muscles abdominaux sont distincts les uns des autres, par leur forme, leur situation, la disposition, la direction des fibres ou faisceaux qui entrent dans leur composition, et suivant la méthode nominale de M. *Chaussier*, on les désigne d'après leurs attaches principales, ce qui indique aussi leur mode d'action : ainsi, comme de chaque côté les muscles larges de l'abdomen, se terminent également à la ligne médiane de l'abdomen ; comme par leur contraction, ils tendent également à resserrer l'abdomen, à comprimer les viscères qu'il renferme, le premier de ces muscles est nommé *costo-abdominal* ; le second, *ilio-abdominal*, et le troisième, *lombo-abdominal*: des deux autres muscles longs, l'un est nommé *sterno-pubien*, et l'autre, *pubio-sous-ombilical*.

Le muscle costo-abdominal, que l'on nomme encore, à cause de son étendue, de sa direction, le *grand oblique*, *l'oblique externe* ou *descendant*, est situé immédiatement au-dessous des téguments, et est le plus grand, le plus large de l'abdomen ; il s'attache par autant de languettes différentes, aux huit côtes inférieures, dont les faisceaux ou fibres charnues se portent obliquement de bas en haut, à la crête de l'ilium, et se terminent par une grande et large aponévrose qui se fixe au pubis, mais essentiellement à la ligne médiane de l'abdomen, qui est son point principal d'insertion, et sur lequel se dirigent tous les efforts de la contraction. On doit remarquer à la portion aponévrotique de ce muscle, une disposition particulière et extrêmement importante, 1°. en se portant de l'épine supérieure de l'ilium au pubis ; l'aponévrose du muscle costo-abdominal, laisse une ouverture que l'on nomme *arcade inguinale* ou *crurale* sous laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se portent aux membres inférieurs ; cette ouverture, plus grande dans la femme que dans l'homme, peut, accidentellement, donner issue à quelques viscères de

l'abdomen, et être le siége d'une hernie ; 2°. un peu au-dessus et sur le côté du pubis, on trouve une autre ouverture oblongue, que l'on nomme *anneau sus-pubien*, et par laquelle passe, dans la femme, une appendice de l'utérus, que l'on nomme le *cordon sus-pubien.*

Le muscle ilio-abdominal, que l'on appèle encore *petit oblique* ou *oblique interne*, est entièrement recouvert par le précédent, et a ses fibres obliques, mais dans une direction différente; d'un côté, il est attaché à la crête de l'ilium ; de l'autre, il se porte au contour cartilagineux des côtes, et se termine par une large aponévrose dont les fibres s'entre-croisent et se fixent à la ligne médiane de l'abdomen ; mais en approchant du muscle sterno-pubien, l'aponévrose de ce muscle se partage en deux lames ou feuillets, dont l'une passe devant le muscle sterno-pubien, et l'autre derrière.

Le muscle lombo-abdominal, que l'on nomme encore *transverse*, est le troisième des muscles larges de l'abdomen ; d'un côté, il est attaché aux apophises transverses des vertèbres des lombes, et de l'autre, il se ter-

mine, comme les précédents, par un large aponévrose qui se fixe à la ligne médiane de l'abdomen.

Le muscle sterno-pubien, ou *muscle droit*, est situé sur la face antérieure de l'abdomen ; d'un côté, il est attaché par quelques fibres à l'extrémité du sternum, à son appendice, et surtout aux trois grandes côtes sternales, et de l'autre, il se termine au pubis, par un tendon large et court ; ce muscle long, est plus large, mais plus mince du côté du sternum, plus épais et moins large du côté du pubis ; il est enfermé dans une gaine aponévrotique, fournie par les muscles larges de l'abdomen. Il faut aussi remarquer que la longueur de ses fibres charnues, est interrompue par des intersections tendineuses qui sont plus marquées sur sa face antérieure, et auxquelles sont intimement attachés les feuillets aponévrotiques qui en forment la gaine.

Le muscle pubio-sous-ombilical, que l'on nomme encore *pyramidal*, est très-petit, et manque quelquefois ; d'un côté, il s'attache au pubis, et de l'autre, il se termine par une pointe tendineuse qui s'implante à la ligne

médiane de l'abdomen, au-dessous de lombilic.

Art.III.—*Diaphragme.* Ce mot qui, d'après son étymologie, signifie littéralement *cloison, séparation transversale*, est adopté par les anatomistes, pour désigner le grand et large muscle qui circonscrit l'abdomen à sa partie supérieure, et en sépare la cavité de celle du thorax. Ce muscle, si remarquable par sa disposition, si important par son action et ses usages, a une forme elliptique, prolongée en arrière par deux appendices charnues qui s'implantent au corps des vertèbres des lombes, et que l'on nomme les *piliers du diaphragme*; aponévrotique dans son centre ou milieu, il est composé, à sa circonférence, d'un grand nombre de faisceaux musculeux, régulièrement placés les uns à côté des autres, en forme de rayons; d'un côté, ces faisceaux musculeux sont attachés à l'extrémité du sternum, à la base de son appendice abdominale, au bord interne du contour que forment les côtes inférieures, ainsi que sur le corps des vertèbres des lombes; et de l'autre, ils se dirigent et se terminent tous à cette large aponévrose qui en forme le centre. Lorsqu'on

examine ce muscle dans le cadavre, on voit qu'il forme une espèce de voûte, obliquement inclinée de devant en arrière, de haut en bas, et dont la convexité se trouve du côté du thorax ou poitrine, et la concavité, du côté de l'abdomen ; mais lorsque l'on considère son action, l'on reconnaît que, dans l'inspiration, dans les efforts d'expulsion, ce muscle, en se contractant, s'aplanit, déprime et pousse en bas, tous les viscères contenus dans l'abdomen; ainsi, son action, jointe à celle des muscles abdominaux, mérite une attention particulière dans la pratique des accouchements, on doit même remarquer que ce muscle éprouve de grands changements pendant la grossesse ; ainsi, dans les derniers tems, lorsque l'abdomen est fort distendu par le développement de l'utérus, le diaphragme est refoulé du côté du thorax, le cœur est relevé, les poumons plus ou moins comprimés, et, dans quelques cas, nous avons vu le sommet de la convexité du diaphragme, correspondre à la hauteur de la troisième ou quatrième des côtes sternales.

D'Après la forme du diaphragme, on y distingue deux faces; l'une, concave ou abdo-

minale ; l'autre , convexe ou thoracique ; l'on y remarque aussi trois ouvertures principales : l'une , à droite , située dans la portion aponévrotique , et qui donne passage à la veine cave abdominale ou *ascendante* ; les deux autres sont formées par l'écartement et la disposition des prolongements lombaires ou piliers du diaphragme ; l'une , antérieure , donne passage à l'œsophage , et l'autre , à la continuation de l'artère aorte.

Pour avoir une idée complette des différents muscles dont l'action concourt d'une manière plus ou moins directe à l'accouchement, il faudrait encore considérer tous ceux qui, ayant leurs attaches principales au pourtour du bassin , s'implante, soit aux fémurs , soit au thorax, parce que , en assujétissant ces parties , en affermissant le bassin , ils fournissent un appui , un point fixe à l'action contractile et expultrice des muscles qui forment les parois de l'abdomen ; mais ces détails pourraient paraître déplacés dans cet ouvrage uniquement destiné à rappeler les objets principaux , nous nous bornerons donc à indiquer quatre muscles qui , par leur disposi-

tion, nous paraissent mériter une attention particulière.

Ces muscles situés profondément dans l'abdomen, sous le péritoine, sont au nombre de deux de chaque côté.

L'un, large et plat, occupe tout la fosse iliaque; il est composé d'un grand nombre de faisceaux disposés en rayons, attachés à toute la surface de cette concavité, et se termine par un fort tendon qui passe sous l'arcade inguinale, et s'implante à la petite apophise du fémur que l'on nomme le *petit trochanter* ou *trokantin :* ce qui lui a fait donner le nom de *muscle iliaque* ou *iliaco-trokantinien ;*

L'autre muscle, que l'on nomme communément le *grand psoas*, ou, d'après ses attaches, *pré-lombo-trokantinien*, est long, fort, et épais: ses faisceaux charnus, rapprochés, disposés parallèlement les uns sur les autres, sont attachés sur les côtés du corps des quatre premières vertèbres des lombes ; ils forment, par leur réunion, une masse saillante, arrondie, qui se porte obliquement vers l'arcade inguinale, et se termine par un fort tendon qui se réunit à celui du muscle précédent, et



s'implante au trokantin : d'après la direction, les attaches de ces deux muscles, on voit qu'ils servent essentiellement à fléchir les cuisses, en leur imprimant un mouvement de semi-rotation ; mais ce qu'il importe le plus de remarquer pour notre objet, par son trajet, par sa disposition, le muscle pré-lombo-trokantinien, fait sur le bord du détroit abdominal, une saillie qui change la forme de cette ouverture, et diminue, par sa contraction, l'étendue du diamètre iliaque : ce qui, sans-doute, concourt en partie à déterminer la position oblique dans laquelle la tête du fœtus se présente pour l'accouchement naturel. Enfin, d'après ce qui vient d'être dit, on voit que, dans le travail de l'accouchement, l'attitude, la position des cuisses, le degré de contraction des muscles, peut apporter un changement dans la forme du détroit abdominal ; nous avons vu même, une fois, à la suite de convulsions, d'efforts violents et inconsidérés, un des muscles pré-lombo-trokantiniens, rompu en différents endroits de son étendue, sa surface échymosée, et couverte de sang coagulé.

Nous ne parlerons pas d'un autre muscle



long et grêle, que l'on nomme communément le *petit psoas* ou *pré-lombo-sus-pubien*, parce que du corps de la première vertèbre des lombes, il se termine par un tendon aponévrotique, à la branche sus-pubienne; outre que ce muscle manque quelque fois, l'action dont il est susceptible est trop peu considérable, pour apporter quelques changements importants à remarquer.

ART IV.— *Régions de l'abdomen*. Comme l'abdomen contient un grand nombre d'organes, dont il importe de déterminer la situation et les rapports, on y distingue, pour l'étude, des *faces* et des *régions*.

Les faces de l'abdomen sont au nombre de deux; l'une, antérieure ou *sternale*; l'autre, postérieure ou *spinale*, et l'on distingue, à chacune de ces faces, des portions ou régions dont on détermine l'étendue, non point par des mesures arbitraires ou des travers de doigts, comme on l'a fait si long-tems, mais par des points fixes, invariables, tirés de la conformation même des parties.

Ainsi, la face sternale ou antérieure de l'abdomen, bornée en bas par le bassin, par les

aînes ou l'angle de flexion des cuisses ; sur les côtés, par le contour des muscles abdominaux; en haut, par les attaches et la voûte concave du diaphragme, est divisée en trois portions ou régions principales : une supérieure ou *épigastrique* ; une moyenne ou *ombilicale* ; une inférieure hypogastrique ou *sus-pubienne*. L'étendue de ces régions est déterminée d'une manière précise , *supérieurement* , par une ligne transversale qui se prend du contour cartilagineux des côtes , d'un côté à l'autre ; et *inférieurement* , par une ligne semblable qui, de l'épine ou tubercule supérieur de l'ilium, se conduit d'un côté à l'autre.

Enfin, pour assigner d'une manière plus précise , la position des viscères de l'abdomen, on a sous-divisé chacune de ces régions , en trois autres , auxquelles on a donné des noms particuliers : ainsi le milieu de la région épigastrique , conserve le nom d'*épigastre* ; les parties latérales, sont appelées *hypochondres*; la partie moyenne de la région ombilicale , est nommée *ombilic* , et les latérales , sont désignées sous le nom de *flancs* ; la partie moyenne de la région hypogastrique , est appelée *hypogastre* ; les latérales sont nom-

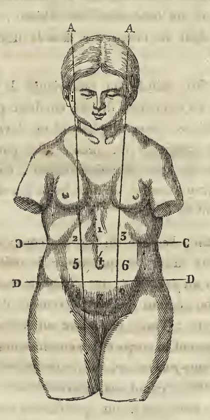
mées *iles* ou *régions iliaques*, l'une droite, l'autre gauche : on détermine l'étendue de ces régions secondaires, par deux lignes longitudinales qui, des zygoma ou parties latérales de la face, sont abaissées et prolongées jusques sur les tubérosités des iskium, comme on a tâché de l'exprimer dans la figure, page 86.

La face spinale ou postérieure de l'abdomen, est seulement divisée en deux portions ou régions; l'une, supérieure ou *lombaire*; l'autre inférieure ou *sacrée*; les parties latérales de cette dernière région, couvertes d'un grand nombre de muscles larges et épais, forment les fesses.

Enfin, l'espace du bassin, compris entre les deux cuisses et qui forme le détroit inférieur ou *périnéal*, est divisé en trois portions ou régions qui se trouvent sur des plans différents ; l'une *pubienne* antérieure, qui correspond au corps et la symphise des pubis ; une, *sous-pubienne*, qui du cintre ou arcade des pubis, s'étend aux tubérosités de l'iskium; enfin, une *anale* ou postérieure, séparée de la précédente, par un intervalle que l'on nomme le *périné*.

PLANCHE VI.

Division de l'abdomen en régions.



Explication de la Planche

N°. VI.

A A Lignes perpendiculaires tirées depuis leszygoma jusqu'aux tubérosités iskiatiques.

C C Ligne transversale tirée du contour cartilagineux des côtes, d'un côté à l'autre.

D D Ligne transversale tirée du tubercule ou épine antérieure et supérieure de l'ilium, d'un côté à l'autre.

Région épigastrique.	1 Epigastre. 2 Hypocondre droit. 3 Hypocondre gauche.
Région ombilicale.	4 L'ombilic. 5 Le flanc droit. 6 Le flanc gauche.
Région sus-pubienne ou hypogastrique.	7 L'hypogastre. 8 Région iliaque droite. 9 Région iliaque gauche.

Immédiatement au-dessous de l'hypogastre se trouve la région pubienne.

Entre les extrémités inférieures des deux lignes perpendiculaires, se trouve l'éminence sus-pubienne ; et de chaque côté, les aines, les plis ou angles de flexion des cuisses.

Art. V. — *Péritoine*. Outre les différents muscles qui viennent d'être indiqués et qui forment l'enceinte de l'abdomen, cette grande cavité est tapissée intérieurement, dans toute son étendue, par une membrane mince, diaphane, que l'on nomme *péritoine*. Partout attachée par un tissu lamineux, plus ou moins lâche et abondant, cette membrane n'est point bornée aux parois de l'abdomen, mais elle se replie, s'étend sur presque tous les viscères de l'abdomen, leur fournit une enveloppe commune, se prolonge même au-delà de quelques-uns, forme, au pourtour de quelques autres, des brides ou freins qui servent à les fixer, à les soutenir dans leur situation, tandis qu'à la circonférence d'autres organes, elle forme des plicatures, des prolongements plus ou moins étendus et variés, qui servent à l'ampliation, au développement de l'organe : cette membrane est essentiellement composée de vaisseaux séreux, exhalants et absorbants, qui sont unis et soutenus par un tissu lamineux très-fin. D'après sa texture, elle est susceptible d'un certain degré d'extension, et est le siége d'une perspiration et d'une absorbtion continuelles, très-importantes pour

entretenir la souplesse et l'intégrité des organes contenus dans l'abdomen.

Art. VI. — *Viscères de l'abdomen*. D'après leurs fonctions, les organes ou viscères contenus dans l'abdomen, sont de trois genres différents par leurs usages.

Ceux qui servent à la digestion, sont 1°. l'estomac, grand réservoir musculo-membraneux, principalement situé dans l'épigastre ; 2°. le canal intestinal, long conduit cylindrique, qui occupe la plus grande partie de l'abdomen, et s'étend depuis l'estomac, jusqu'à l'anus, en formant un grand nombre de plis, de contours et de circonvolutions.

D'après la forme et le volume de ce long canal, on en divise toute l'étendue en deux portions ; l'une, qui est la suite immédiate de l'estomac, est nommé *l'intestin grêle*, et on l'a sous-divisé, pour l'étude, en trois portions distinctes par leur situation ; la première, est nommée *duodenum* ; la seconde, *jejunum*, et la troisième, *ileon* : ces deux dernières portions sont lâchement attachées et soutenues par une duplicature ou large repli du péritoine, que l'on nomme le *mésentère*. L'autre portion du canal intestinal, que l'on nomme le *gros*

intestin, est également divisée en trois portions ; la première, qui est située dans la fosse iliaque droite, est appelée le *cœcum*; la seconde, que l'on nomme *colon*, remonte du cœcum à droite, se porte transversalement à gauche, en formant une sorte d'arc, qui passe au-dessous de l'estomac, puis delà, se porte à la fosse iliaque gauche, où elle forme un double contour, très-remarquable que l'on nomme communément l'S *romaine du colon*, ou le contour illiaque du colon ; la troisième partie, que l'on nomme *rectum*, est la portion qui, de la hauteur du sacrum, s'enfonce dans la cavité pelvienne, et se termine à l'extérieur, par une ouverte annulaire qui lui a fait donner le nom d'*anus*. On doit aussi observer que le gros intestin, et spécialement le colon, est soutenu dans sa situation, par un large repli du péritoine, que l'on a distingué sous le nom de *méso-colon*; 3°. à ces organes qui servent spécialement au trajet des substances alimentaires, aux changements qu'ils doivent éprouver, il faut ajouter le foie, qui est situé au côté droit, immédiatement au-dessous du diaphragme ; 4°. la rate qui est à gauche ; 5°. le pancréas, qui est situé profondément et transversalement entre le foie et la rate ; 6°. enfin, l'épiploon,

long et large prolongement vasculaire et graisseux, qui tient spécialement à l'estomac et au colon.

Les organes qui servent à la sécrétion et à l'excrétion de l'urine, sont 1°. les reins, l'un à droite; l'autre à gauche, logés profondément, plongés dans un tissu adipeux au-dessous et derrière le péritoine; 2°. les uretères qui en sont les canaux excréteurs; 3°. la vessie, réservoir musculo-membraneux, situé derrière les pubis, recouvert, en grande partie, par le péritoine, et dans lequel s'accumule l'urine, qui y est apportée et versée continuellement par les uretères; 4°. l'urètre, canal excréteur, qui provient de la vessie, et se termine aux parties génitales, par un orifice que l'on examinera plus particulièrement dans un autre article.

Les organes qui servent à la génération, et que l'on peut apercevoir dans la cavité de l'abdomen, sont: 1°. l'utérus ou matrice, qui est située dans la cavité pelvienne, entre l'intestin rectum, la vessie, et recouverte, par une portion du péritoine qui forme, à sa circonférence, et surtout sur ses parties latérales, des replis très-remarquables, que l'on désigne

sous le nom de *ligaments larges*; 2°. des prolongements grêles et arrondis qui se dirigent à l'anneau sus-pubien, passent par cette ouverture, et que l'on nomme *cordons sus-pubiens* ou *ligaments ronds*; 3°. les deux ovaires; l'un, à droite; l'autre à gauche; 4°. les deux trompes utérines, objets sur lesquels nous reviendrons dans un autre article.

Art. VII. — Les organes qui servent à la génération, sont composés d'une série de parties d'une texture délicate, complexe et qui diffèrent par leur situation, leurs usages : d'après leur disposition, on les divise en *externes* et en *internes*.

Les parties externes sont comprises sous le titre collectif de *vulve*, mot dérivé du latin, qui signifie proprement la *porte*, ou l'*entrée*; elles forment une ouverture longitudinale, qui commence sur la partie antérieure des pubis, et s'étend un peu au-dessous, dans la direction de la ligne médiane du corps, et l'on y distingue :

1°. L'*éminence sus-pubienne*, saillie plus ou moins large, et arrondie, qui commence à la partie inférieure de l'hypogastre, et s'étend

sur la partie antérieure des pubis : cette proéminence qui est entièrement formée par la peau, et un tissu graisseux, plus ou moins abondant, se couvre de poils à la puberté, diffère suivant l'âge, l'embonpoint du sujet, la conformation du bassin, et quelques circonstances particulières ou individuelles ;

2°. *Deux lèvres* longitudinales et parallèles, qui forment les bords de l'ouverture; l'une à droite, et l'autre à gauche : ces lèvres dont la saillie, l'épaisseur et la consistance varient beaucoup, suivant diverses circonstances, sont spécialement formées par un prolongement de la peau, un tissu lamineux, plus ou moins dense et serré, qui soutient un grand nombre de ramifications vasculaires, leur face externe, convexe, arrondie, est parsemée de poils; l'interne est formée par une membrane molle, mince, perspirable, plus ou moins rouge, parsemée de quelques follicules qui filtrent un mucus sébacé ; leur saillie, leur épaisseur diminue progressivement de l'éminence sus-pubienne, au périné, où elles se terminent, en formant une sorte de bride ou de prolongement transversal et semi-lunaire, que l'on nomme la *commissure périnéale*, et

vulgairement la *fourchette*. L'union, le rapprochement de ces deux lèvres, sur le pubis, est désigné sous le nom de *commissure supérieure des lèvres de la vulve* ;

3°. Les *nymphes*, deux petites éminences, minces, oblongues, semi-lunaires, plus ou moins vermeilles, et que, d'après leur couleur et leur figure, on compare ordinairement aux crêtes, que l'on remarque sous le gozier de quelques poules. Les nymphes, ne s'aperçoivent ordinairement qu'en écartant les lèvres de la vulve ; elles sont éloignées en bas, se rapprochent en haut, se réunissent sur le pubis, en formant un repli qui recouvre l'extrémité du clitoris, et lui fournissent un *prépuce* ; elles sont entièrement formées par un prolongement membraneux, qui contient, dans son épaisseur, un tissu lamineux, très-fin, parsemé de vaisseaux capillaires et de plusieurs follicules qui versent, à sa surface, un fluide muqueux, sébacé, toujours peu abondant en santé, mais dont la quantité et les qualités, varient par les diverses irritations ;

4°. Le *clitoris*, petit corps cylindrique dont l'extrémité arrondie, saillante en avant, est recouverte et cachée par un prolonge-

ment des nymphes, qui leur sert d'enveloppe ou de prépuce ; mais en examinant plus particulièrement la disposition de ce corps dont on aperçoit seulement l'extrémité saillante aux parties externes, on reconnaît par la dissection, que le clitoris est beaucoup plus étendu qu'il ne le paraît d'abord, et qu'il est composé d'une sorte de corps caverneux, oblong, qui se divise en deux branches ou racines qui se portent, l'une à droite, l'autre à gauche, s'implantent aux branches inférieures des pubis, et sont recouvertes par les faisceaux d'un petit muscle que l'on indiquera par la suite ;

5°. L'*orifice de l'urèthre*, petite ouverture circulaire, située immédiatement au-dessous de la réunion des nymphes, au-dessous de la symphise des pubis, souvent entourée de plicatures ou rugosités qui contiennent de petits follicules muqueux ;

6°. L'*orifice du vagin*, grande ouverture circulaire, située au-dessous de l'orifice de l'urèthre. Dans les filles, elle est rétrécie par un prolongement membraneux parsemé de quelques petits vaisseaux, et qui le plus ordinairement a une forme semi-lunaire, et

que l'on désigne sous le nom d'*hymen* : dans les femmes mariées, et surtout après l'accouchement, cet orifice a plus ou moins d'amplitude, et l'on y remarque trois ou quatre petits tubercules rougeâtres, plus ou moins saillants, que l'on nomme *caroncules vaginales*, et, communément, *myrtiformes* ;

7°. Le *périné*, espace intermédiaire, qui sépare la vulve de l'anus, et présente, dans son milieu, une petite ligne saillante, que l'on nomme la *ligne médiane* ou le *raphé* du périné. Cette partie, qui mérite une attention spéciale dans la pratique des accouchements, est formée, par la peau, par un tissu graisseux, et par le concours de quelques muscles larges et minces, dont les uns appartiennent plus particulièrement à l'anus, et les autres à la vulve, mais qui, tous, ont entre eux, une connexion intime.

Ces muscles, que nous nous bornons à indiquer, sont au nombre de six de chaque côté, et ont reçu leurs dénominations de leurs principaux points d'attache.

Le premier, le plus considérable de ces muscles, est le sous-pubio-coccigien, ou re-

leveur de l'anus, qui, de la face interne des pubis, ainsi que de leur branche inférieure, embrasse l'extrémité de l'intestin rectum, et le coccix ;

Le second, que l'on pourrait considérer comme une portion du précédent, est l'*iskio-coccigien* ;

Le troisième, que l'on nomme *iskio-périnéal* ou *transverse*, se porte de la branche de l'iskium à la ligne médiane du périné, où il entre-croise ses fibres avec celles des autres muscles ;

Le quatrième, que l'on nomme *coccigio-anal* ou *sphincter* de l'anus, embrasse principalement le pourtour de l'anus ;

Le cinquième, provient de la tubérosité de l'iskium, et se termine aux branches ou racines du clitoris, ce qui le fait nommer *iskio-sous-clitorien* ;

Enfin, le sixième, que l'on nomme *périnéo-clitorien* ou *constricteur du vagin*, s'étend de la ligne médiane du périné, au corps du clitoris et dans sa contraction tend a resserrer l'orifice du vagin.

Art. VIII. — Les parties internes qui servent à la génération sont : le vagin, l'utérus, et ses annexes, c'est-à-dire, les ovaires, les trompes, les cordons sus-pubiens, et, comme dans l'ordre naturel, l'utérus est l'organe de la conception, de l'incubation, de la nutrition du fœtus, celui qui concourt le plus efficacement à l'accouchement, qui éprouve les plus grands changemens dans la grossesse, il faut en considérer, avec soin, la forme, la situation, la texture, les connexions ou rapports avec les parties voisines.

Considéré dans la fille adulte, l'utérus est un petit organe creux, d'une couleur blanchâtre, d'un tissu compact, situé dans l'excavation pelvienne, à l'extrémité du vagin, entre l'intestin rectum et la vessie, et recouvert par le péritoine qui forme, à son pourtour, divers replis ou prolongements que l'on désigne ordinairement sous le nom de *ligaments de l'utérus*.

Par rapport à sa forme, on a comparé l'utérus à un flacon, à une poire, à une calebasse, etc. ; mais pour en avoir une

idée plus exacte, il faut, avec M. *Chaussier*, le considérer comme un conoïde déprimé sur deux faces opposées, allongé, arrondi à sa petite extrémité ; ce qui donne à cet organe une figure à-peu-près triangulaire.

D'après cette forme, on distingue à l'utérus 1°. *deux faces ;* l'une antérieure ou *pubienne*, légèrement convexe, qui appuie sur la vessie, et correspond au pubis ; l'autre, postérieure ou *sacrée*, plus convexe, plus saillante, correspond à l'intestin rectum et au sacrum ; 2°. *trois bords* ; l'un supérieur, convexe, arrondi, le plus épais, le plus court, que l'on nomme le *fond* de l'utérus ; et deux latéraux, qui sont les plus longs ; 3°. *trois angles* ; deux supérieurs, l'un à droite, l'autre à gauche, auxquels s'insèrent les trompes, et que l'on distingue sous les noms de *tubaires* ; un inférieur *vaginal*, arrondi, obtus, qui s'enfonce dans le vagin, et y forme une saillie, sur laquelle on remarque une ouverture oblongue, transversale, bordée de deux lèvres arrondies, que l'on désigne communément, sous le nom de *museau de tanche*, et que, d'après M.

Chaussier, nous nommerons *orifice vaginal de l'utérus*.

On divise encore pour l'étude, l'étendue de l'utérus en *fond*, ou partie supérieure; en *corps* ou partie moyenne, et en *col*, qui est la portion inférieure, et qui a une forme allongée, cylindroïde, et s'ouvre dans le vagin, comme il vient d'être indiqué.

Mesuré dans son intégrité, l'utérus a près de huit centimètres ou *trois pouces* de longueur; sa plus grande largeur est de six centimètres ou *deux pouces quelques lignes*; et sa plus grande épaisseur de deux centimètres et demi, ou à-peu-près *dix lignes* : enfin, l'épaisseur de ses parois est généralement de neuf millimètres ou *quatre lignes*, à l'exception, cependant, des angles supérieurs qui sont beaucoup moins épais (1).

Dans l'état ordinaire, la cavité de l'utérus est très-peu considérable; ses parois se tou-

(1) Pour de plus grands détails, voyez la *Table Synoptique des mesures relatives à l'étude et à la pratique des Accouchements*, par M. Chaussier.

chent, par leur surface interne, et ne sont séparées que par un léger enduit de sérosité muqueuse et la perspiration qui s'y fait continuellement. On divise l'étendue de cette cavité en deux portions distinctes, par leur forme, leur situation; l'une, supérieure, circonscrite en haut par le fond de l'utérus, formée dans l'épaisseur de son corps, est triangulaire; ses deux angles supérieurs sont aigus, et se terminent à l'orifice des trompes; l'inférieur se continue avec la cavité du col; celle-ci, forme une espèce de canal fusiforme, un peu plus large dans son milieu, qu'à ses extrémités, et qui a, à-peu-près, trois centimètres ou *un pouce* de longueur: d'après cette disposition très-remarquable, on distingue au col, deux orifices; l'un, supérieur ou *interne*, qui communique avec la cavité du corps de l'utérus, et l'autre, inférieur ou *vaginal*.

Intimement uni à l'extrémité du vagin qui embrasse une partie de son col, l'utérus, comme on l'a déjà dit, est situé entre la vessie et l'intestin rectum, et au-dessous des circonvolutions que forme l'intestin grêle,

et il est seulement recouvert par le péritoine qui y adhère d'une manière plus ou moins serrée, et forme, à son pourtour, des replis ou prolongements plus ou moins lâches et extensibles. Ainsi, la situation de l'utérus n'est point fixe et constante, elle varie suivant l'état de plénitude ou de vacuité des organes adjacents, et même dans les diverses situations.

Quoique placé dans la direction de la ligne médiane du corps, l'utérus est presque toujours incliné à droite, ce que l'on pourrait attribuer à la disposition de l'intestin rectum, à la circonvolution iliaque du colon, et, peut-être mieux, au degré de force et d'énergie que l'on observe généralement au côté droit du corps. Quoiqu'il en soit, dans l'état ordinaire, la paroi antérieure de l'utérus est appuyée sur la vessie, son fond est obliquement en devant; son col, en arrière et en bas, forme avec le vagin, un angle rentrant; cette disposition se remarque spécialement lorsqu'on examine la femme debout; la distension de la vessie ou de l'intestin rectum, la pression exercée

par la réplétion de l'intestin grêle, les attitudes, apportent dans la position de l'utérus des changements qu'il est facile d'apprécier.

Dans l'état de vacuité de l'utérus, il est impossible de déterminer d'une manière positive, la nature de son tissu. Partout on n'aperçoit qu'une substance blanche, qui, par sa couleur, sa consistance, semble, à l'orifice vaginal, approcher du cartilage ; au fond et au corps de l'utérus, cette substance est moins dense, sa couleur est un peu rougeâtre, sa surface interne est plus molle, et on remarque, dans son épaisseur, le trajet de ramuscules vasculaires. Mais, outre le tissu propre à l'utérus qui lui donne la forme, la consistance, on distingue deux membranes ; l'une, extérieure, est une production du péritoine qui, après avoir recouvert la plus grande partie de la face postérieure de la vessie, se réfléchit sur l'utérus, en couvre les surfaces, et, de là, se reporte sur l'intestin rectum. Attaché d'une manière très-serrée sur le fond et la partie supérieure de l'utérus, le péritoine ne tient au reste des

faces de l'utérus, que par un tissu lâche, filamenteux et très-extensible, et il forme sur les côtés de cet organe, à droite et à gauche, un large repli dont le bord, divisé en deux portions que l'on désigne sous le nom d'*aîleron*, renferme dans son épaisseur les ovaires et les trompes, et partage, par cette disposition transversale, l'excavation pelvienne en deux portions; l'une antérieure qui contient la vessie, et l'autre postérieure qui comprend l'intestin rectum.

Ces deux replis latéraux, que l'on nomme *ligaments larges*, sont formés de deux lames du péritoine adossées et réunies par un tissu lamineux, lâche, et très-extensible.

En se portant de la face postérieure de la vessie sur l'utérus, le péritoine forme aussi deux petits replis, que l'on appèle les *ligaments antérieurs*; on en remarque de même deux autres qui, de la face postérieure de l'utérus, s'étendent sur l'intestin rectum, et que l'on a encore nommé *ligaments postérieurs*. Mais tous ces replis ne peuvent être considérés comme des ligaments, comme des moyens propres à affermir la

situation de l'utérus ; ils sont, au contraire, comme le dit M. *Chaussier*, des moyens préparés par la nature, pour permettre l'ampliation, le développement de l'organe; et l'on en sera convaincu en observant la disposition de ces replis, pendant la grossesse et dans l'état de plénitude ou de vacuité des organes qui sont adjacents à l'utérus. Nous ne pouvons terminer ces détails sur le péritoine, sans remarquer que cette membrane ne recouvre point toute la surface postérieure de la vessie. La partie la plus inférieure de cet organe, touche immédiatement une partie du vagin; aussi, à la suite de quelques accouchements très-longs, il se forme à la partie inférieure de la vessie, une escarre qui, lorsqu'elle se détache, laisse passer les urines par le vagin, d'où il résulte une fistule urinaire.

. Les anatomistes admettent encore à l'utérus une membrane intérieure, muqueuse, qui tapisse la cavité de cet organe; quelques-uns même avancent que cette membrane est une suite, un prolongement de celle qui tapisse le vagin ; mais cette membrane ne

paraît point distincte du tissu même de l'utérus; elle ne peut en être séparée par la dissection ; enfin, il semblerait que la face interne de l'utérus ne serait formée que par l'extrémité des vaisseaux exhalants qui s'y ouvrent.

Outre les orifices perspiratoires et d'une extrême ténuité, on doit remarquer à la face interne de l'utérus, une ligne saillante, qui en partage la longueur en deux parties égales ; l'une à droite, l'autre à gauche ; sur cette ligne médiane, plus remarquable à la face postérieure qu'à l'antérieure, aboutissent plusieurs ramifications obliques, qui lui donnent une forme palmée. On remarque aussi dans l'étendue du col de l'utérus et surtout, à son orifice vaginal, plusieurs follicules qui fournissent un mucus plus ou moins abondant. Quelquefois ce fluide s'arrête dans leurs cavités, et y prend, en s'épaississant, une forme globuleuse : ce qui avait fait désigner ces petites concrétions folliculeuses, sous le nom d'*œufs de Naboth*.

Les Ovaires sont deux corps blanchâtres, ovoïdes, situés sur les côtés de l'utérus, dans l'épaisseur de l'aîleron postérieur, for-

mé par les replis latéraux du péritoine. Par une de leurs extrémités, ils sont attachés à l'angle supérieur de l'utérus, par un petit cordon fibreux et véritablement ligamenteux, et ont à-peu-près 35 millimètres de long ou *quinze lignes*, sur 15 millimètres ou *sept lignes* d'épaisseur ; leur tissu blanchâtre, compact, est parsemé d'un grand nombre de ramuscules vasculaires très-fins. Souvent on rencontre dans leur tissu, et surtout près leur surface, de petites vessicules remplies d'une humeur albumineuse, incolore, que, depuis *Stenon*, l'on a considéré comme des œufs ou des germes, mais qui, du moins, sont absolument nécessaires pour la génération ; en effet, la fécondité cesse entièrement par la soustraction ou la maladie des ovaires.

On appelle *trompes utérines* et communément *trompes de fallope*, deux longs tuyaux membraneux, flexueux, conoïdes, qui, de l'angle supérieur de l'utérus, se portent à l'ovaire et y sont fixés d'une manière particulière. Ces tuyaux qui sont situés dans l'épaisseur de l'aîleron antérieur, formé par les replis

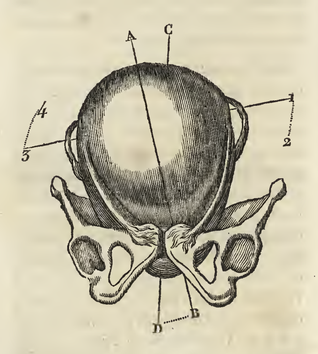
du péritoine, n'ont point la même forme, la même capacité dans toute leur étendue : du côté des ovaires, leur extrémité est évasée, flottante en quelque sorte dans l'abdomen et garnie, dans tout son pourtour, de plusieurs franges ou languettes, ce qui a fait donner à cette partie le nom de *morceau frangé*. Mais dans le nombre de ces languettes, qui toutes ont une couleur rouge et paraissent de nature musculaire, on en remarque toujours une ou deux plus longues et plus fortes qui fixent, attachent l'extrémité de la trompe à l'ovaire, et en dirigent l'ouverture vers la surface de cet organe ; au milieu de cette extrémité frangée, que l'on nomme le *pavillon de la trompe*, on voit une ouverture ronde, qui peut admettre l'extrémité d'une sonde, ou d'une plume de corbeau. Un peu au-dessous de cette ouverture, et dans le cours de son trajet flexueux, les parois de la trompe sont plus molles, sa capacité devient un peu plus grande ; mais, en approchant de l'utérus, ses parois deviennent plus fermes, plus compactes ; sa capacité se rétrécit successivement, et son ouverture, dans l'utérus, ne peut admettre qu'un stylet très-fin ; elles paraissent essentiellement

formées par un tissu membraneux d'une nature particulière, qui est tapissée intérieurement par une membrane perspiratoire, folliculeuse, parsemée d'un grand nombre de ramuscules vasculaires ; et ce n'est, tout au plus, qu'à leur extrémité frangée que l'on peut soupçonner quelques fascicules musculaires.

Les ligaments ronds, ou, comme les nomme plus convenablement M. *Chaussier*, les CORDONS SUS-PUBIENS, sont deux faisceaux fibreux, musculaires, conoïdes, qui, de la face antérieure et supérieure de l'utérus, un peu au dessous de l'insertion des trompes, se recourbent en devant, se dirigent vers les anneaux sus-pubiens, passent par cette ouverture, se divisent ensuite, s'épanouissent sur le pubis et se perdent dans l'épaisseur du tissu graisseux des lèvres de la vulve et des parties adjacentes. Plus larges, plus épais du côté de l'utérus, ces cordons s'arrondissent et deviennent plus grêles en s'approchant de l'anneau sus-pubien ; ils sont situés sous le péritoine, composés d'un tissu fibreux, blanchâtre qui paraît être analogue à celui de l'utérus, et ils sont accompagnés dans leur trajet par plusieurs ramuscules vasculaires.

PLANCHE VII.

L'utérus dans l'état de plénitude, et les cordons sus-pubiens ou ligaments ronds.



A B Ligne qui partage l'utérus, selon sa longueur, en deux portions à-peu-près égales.

C D Ligne médiane du corps.

Le Vagin, est un canal membraneux, situé entre la vessie et l'intestin rectum, qui, d'un côté, est ouvert à la vulve, et de l'autre, embrasse le col de l'utérus, et y est intimement attaché; sa direction est un peu oblique, de devant en arrière; sa longueur est d'environ 14 centimètres ou *cinq pouces*; sa largeur d'à-peu-près trois centimètres ou *un pouce*; son orifice vulvaire présente l'hymen, dans les jeunes filles, et les caroncules vaginales dans les femmes mariées; mais lorsqu'on examine la texture de cet orifice, on reconnaît, par la dissection, qu'il est environné dans son pourtour, par un tissu lamineux, parsemé d'un grand nombre de ramuscules, de vaisseaux sanguins qui forment un plexus que l'on désigne sous le nom de *plexus rétiforme*; on y reconnaît aussi, sur ses côtés, des bandes musculaires qui, de la marge de l'anus et du périné, s'étendent et se prolongent jusqu'au corps du clitoris, et que, d'après leurs attaches, on désigne sous le nom de *muscles périnéo-clitoriens*.

Le vagin est uniquement formé par une membrane dense, épaisse; sa face externe

est attachée à l'urèthre, à la vessie, au rectum et aux parties circonvoisines, par un tissu lamineux, plus ou moins abondant ou serré : l'interne, rouge, molle, humide, perspiratoire, présente un grand nombre de rides ou rugosités, principalement disposées en travers, plus rapprochées, plus multipliées à la paroi qui correspond à l'urèthre et au pubis : on y remarque aussi, dans toute son étendue, plusieurs petits follicules; mais à son orifice et dans l'épaisseur du tissu lamineux qui l'entoure, on trouve deux autres follicules muqueux, d'une texture plus complexe, d'un volume plus considérable, et qui fournissent une sécrétion quelquefois fort abondante.

Les parties génitales, tant internes qu'externes, ont un grand nombre de nerfs, de vaisseaux sanguins et lymphatiques, dont il importe de connaître les principales dispositions.

Les artères sont au nombre de quatre principales, et tirent leur origine de différentes branches plus considérables ; les unes se distribuent aux ovaires, à l'utérus ; les autres au vagin et à la vulve ; et toutes ont

entre elles des anastomoses plus ou moins remarquables.

1°. *Les artères des ovaires* sont au nombre de deux de chaque côté ; elles sont grêles, longues, naissent de la partie antérieure de l'aorte, un peu au-dessous des rénales ; elles glissent sous le péritoine et, en approchant des ovaires, elles se divisent en plusieurs rameaux très-fins ; les uns pénètrent dans le tissu de l'ovaire, d'autres, se distribuent aux trompes ; plusieurs, se portent sur les côtés de l'utérus, et quelques-uns se prolongent sur les cordons sus-pubiens.

2°. *Les artères utérines*, une de chaque côté, sont une branche du tronc, pelvien ou *hypogastrique* ; elles sont situées dans l'épaisseur des replis du péritoine ; elles forment, dans leur trajet, plusieurs flexuosités successives ; et, lorsqu'elles sont parvenues sur les côtés de l'utérus, elles se divisent en deux rameaux principaux qui pénètrent dans le tissu de l'utérus, s'y sous-divisent et se terminent par des ramuscules très-fins, dont les uns communiquent avec les veines, et les autres, plus tenus, forment à la face interne de l'utérus des orifices perspiratoires.

3°. *Les artères vaginales*, une de chaque côté, sont souvent fournies par les artères utérines; d'autres fois elles proviennent de quelques-unes des branches fournies par le tronc pelvien; elles se distribuent, non seulement au vagin, mais encore au clitoris et fournissent quelques rameaux au périné et aux parties circonvoisines.

4°. *Les artères vulvaires* sont fournies par l'artère crurale, peu après son passage sous l'arcade inguinale; elles sont petites, quelquefois au nombre de deux ou trois de chaque côté, et se distribuent principalement aux lèvres de la vulve, aux nymphes, et forment de fréquentes anastomoses avec les ramifications des artères vaginales.

Les veines accompagnent les artères dans leur mode de distribution; les *vaisseaux lymphatiques* suivent le même trajet, et se rendent à quelques-uns de ces ganglions nombreux que l'on trouve disséminés aux aînes, dans l'excavation pelvienne ou sur le corps des vertèbres lombaires.

Les nerfs de ces organes sont extrêmement nombreux, et proviennent de deux sources

différentes ; les uns sont fournis par les plexus du *trisplanchnique* ou grand sympathique ; et se distribuent principalement aux ovaires, à l'utérus ; ils accompagnent les artères qui se portent à ces organes ; ils s'accollent sur leurs parois, y forment des ramifications, des réseaux qui les suivent jusques dans leurs dernières divisions ; les autres proviennent des nerfs lombaires, sacrés et même des cruraux, et se distribuent principalement au vagin et à la vulve. Ainsi, par cette disposition des vaisseaux et des nerfs, les organes génitaux ont un mode de circulation, de sensibilité, qui leur est propre, comme on le reconnaît spécialement par les phénomènes de la grossesse, de l'accouchement, et par quelques genres de maladies.

Art. IX. Nous avons considéré jusqu'à présent, les organes génitaux de la femme adulte, et dans l'état le plus ordinaire ; mais ces organes éprouvent, par la grossesse, par l'accouchement, quelques changements qu'il importe de remarquer pour l'exercice de l'art ; on y observe aussi quelques différences relatives à l'âge.

Ainsi, dans l'enfant naissant, l'éminence sus-pubienne est peu marquée, les lèvres de la vulve sont courtes et écartées l'une de l'autre ; les nymphes, saillantes ; le clitoris, proéminent ; l'orifice du vagin, rétréci par un repli membraneux, semi-lunaire ; à cette époque, la cavité du bassin est très-petite, et ne contient encore qu'une partie des organes qu'elle doit renfermer par la suite ; l'utérus est fort long ; son corps est très-petit ; son col, large, épais, mol, rougeâtre ; son orifice béant, rempli de mucosités blanchâtres. La ligne médiane de la face interne de l'utérus, est remarquable par sa saillie ; les ovaires sont allongés vermiformes, d'une couleur rougeâtre ; enfin le vagin est plus droit, peu rugueux et les follicules, muqueux et sébacés, fournissent une sécrétion très-remarquable ; mais par les progrès de l'âge, le développement du bassin, ces organes prennent peu-à-peu la position, la conformation que l'on observe dans la femme adulte ; mais la nature est quelquefois troublée dans sa marche, dans le développement successif et graduel de ces organes ; de là, différents vices de conforma-

tion ou altérations morbides que nous indiquerons en peu de mots.

Ainsi, on voit quelquefois dans la femme adulte, les nymphes prolongées, déborder les lèvres de la vulve, le clitoris acquérir une longueur, une grosseur plus ou moins considérable ; d'autres fois on a trouvé les lèvres de la vulve agglutinées, soit par un vice de conformation première, soit par les suites d'une lésion accidentelle, et au lieu d'être resserré par une membrane semi-lunaire, on a vu l'orifice du vagin entièrement fermé par une membrane plus ou moins épaisse ou traversé sur sa longueur, par une bande ou bride membraneuse, quelquefois aussi on a vu le vagin rétréci par plusieurs brides transversales ou même entièrement oblitéré ; d'autre fois on a vu l'urèthre ou le rectum s'ouvrir dans le vagin, ou bien le vagin s'ouvrir dans l'intestin rectum. Les écrivains rapportent divers cas où l'on a trouvé l'utérus bilobé ou partagé sur sa longueur en deux cavités, et dans le grand nombre d'enfants morts qui ont été ouverts à l'hospice de la Maternité, on a rencontré plusieurs fois cette disposition ; dans quel-

ques cas, la cavité de l'utérus était partagée en deux portions, par une cloison intermédiaire qui paraissait formée par le prolongement de la ligne médiane; dans d'autres, le fond de l'utérus était partagé par un sillon profond qui s'étendait même à sa surface; ainsi, l'organe paraissait véritablement double, aussi dans ces cas, l'on a trouvé deux vagins accollés, qui, quelquefois, se terminaient à la vulve, par un seul orifice, et d'autres fois avaient chacun un orifice distinct. On a même trouvé une fois l'utérus ne paraissant formé que d'une seule moitié, et n'avoir ni trompe, ni ovaire, ni cordon sus-pubien du côté droit; enfin, on a vu l'utérus manquer entièrement. Outre ces dispositions et plusieurs autres analogues, qui tiennent essentiellement à un vice de conformation première, les organes génitaux sont sujets à des déplacements, à des concrétions, des excroissances, des tumeurs, des écoulements de différentes sortes, qui sont l'objet spécial de la pathologie.

Dans les femmes qui ont passé l'époque de la fécondité, et surtout dans celles qui sont parvenues à un âge fort avancé, les

organes génitaux perdent peu-à-peu leur forme, leur consistance, leur coloration premières ; l'éminence sus-pubienne s'affaisse, les lèvres de la vulve deviennent laxes, flasques ; l'utérus devient plus dense, plus compact, diminue souvent de volume et de poids ; toujours les ovaires se rapetissent, prennent quelquefois une consistance cartilagineuse, et leur surface présente plusieurs petits enfoncements ou dépressions qui paraissent être autant de cicatrices.

Mais c'est principalement dans la grossesse, dans l'accouchement, que les organes génitaux éprouvent des changements qui méritent une attention particulière dans la pratique. Pour bien saisir cet objet important, il faut considérer successivement 1°. les changements que l'utérus éprouve dans sa situation, sa forme, son volume, sa texture, ses propriétés ; 2°. les changements qui s'opèrent dans les parties environnantes, et spécialement dans l'abdomen et le bassin.

Quoique sans doute dès les premiers instants de la conception, l'utérus, ainsi que ses annexes, éprouve quelques changements,

ils sont trop peu apparents pour pouvoir être déterminés d'une manière positive. On dit généralement qu'après l'acte fécondant, l'orifice de l'utérus se contracte pour retenir et conserver le germe fécondé ; que son corps s'arrondit ; que ses parois se relevent un peu ; que la circulation devient plus active dans son tissu ; que la sécrétion perspiratoire augmente à sa face interne, prend un caractère nouveau, propre à fournir les matériaux nécessaires à l'accroissement du germe qui vient d'être déposé dans sa cavité ; quelques-uns même pensent que l'on remarque plus de chaleur au col de l'utérus ; que les lèvres de son orifice vaginal sont plus fermes, forment un plan égal, etc. ; mais ces assertions, que les sens ne peuvent apprécier, doivent tout au plus, être considérées comme des conjectures ; ce n'est qu'après un certain tems de la grossesse que l'on peut bien apercevoir les changements qui s'opèrent graduellement dans l'utérus.

Pendant les *deux premiers mois*, l'utérus augmente peu-à-peu de volume, son corps s'arrondit, il se porte ordinairement plus en arrière, son col se trouve en devant, et

paraît plus enfoncé dans le vagin, plus rapproché de la vulve.

Dans le cours du *troisième mois*, l'utérus s'élève peu-à-peu ; il se porte sur la partie antérieure du bassin ; son col devient plus postérieure et à la fin de ce mois, le fond de l'utérus dépasse un peu le bord du détroit abdominal.

A *quatre mois*, le fond de l'utérus s'élève au-dessus du pubis, d'à-peu-près 50 centimètres ou *deux pouces*, et si les parois de l'abdomen ne sont point trop épaisses ou trop tendues, on peut en reconnaître la forme, l'étendue; et à cette époque, le col de l'utérus est plus haut et incliné obliquement en arrière.

A *cinq mois*, le fond de l'utérus approche de la région ombilicale ; son col commence à devenir un peu plus gros, un peu plus mol, il est aussi un peu plus élevé et porté en arrière.

A *six mois*, le fond de l'utérus se trouve à-peu-près à la hauteur de l'ombilic ; la portion utérine de son col devient plus molle, plus évasée.

A *sept mois*, le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de 50 centimètres ou *deux pouces*; son col devient plus mol, il perd de sa longueur, il est fort élevé; le vagin est allongé et tiré en haut.

A *huit mois*, le fond de l'utérus approche de la région épigastrique; son col s'aplanit, s'efface graduellement; il est encore fort élevé.

A *neuf mois*, le fond de l'utérus, loin de s'élever dans l'épigastre, paraît s'abaisser; son col est entièrement effacé et se trouve plus bas, plus rapproché de la vulve; il s'amollit, s'amincit en même tems, et n'a souvent qu'une épaisseur de quelques millimètres ou à-peu-près *une ligne*.

En s'élevant ainsi dans l'abdomen, l'utérus perd peu-à-peu sa forme primitive; ses parois se relèvent graduellement, son corps s'arrondit, puis successivement, depuis la fin du cinquième mois jusqu'au neuvième, le col s'amollit, s'évase, perd chaque jour un peu de sa longueur, et s'efface entièrement, de sorte que, à la fin de la grossesse, l'utérus a une forme presquentièrement ovoïde,

dont la petite extrémité est en bas, et correspond au détroit abdominal du bassin. Dans cet état, on y distingue :

1°. Un diamètre longitudinal, qui a environ 32 centimètres ou *douze pouces* ;

2°. Un diamètre transversal, qui se mesure d'un côté à l'autre, et a, à-peu-près 24 centimètres ou *neuf pouces* ;

3°. Un diamètre médian ou antéro-postérieur, qui se mesure de la face antérieure à la postérieure, et qui a environ 23 centimètres ou *huit pouces et demi* ;

4°. La circonférence de l'utérus, prise à la hauteur des trompes, est d'environ 67 centimètres ou *vingt-six pouces* ;

5°. Mesurée à la hauteur de la portion utérine du col, la circonférence est à-peu-près de 35 centimètres ou *treize pouces*.

Le tissu de l'utérus présente aussi des changements très-remarquables ; ce tissu auparavant inextricable, si dense, si serré, devient graduellement plus mol, plus spongieux ; les artères qui se portent à cet organe, perdent, peu-à-peu, leurs flexuosité ; leur diamètre augmente ; les veines qui leur cor-

respondent prennent un accroissement proportionel ; les lymphatiques deviennent très-apparents ; les nerfs mêmes, ainsi que les plexus dont ils proviennent, ont augmenté de volume ; ainsi, tout démontre que, pendant la grossesse, il s'établit dans l'utérus un nouveau mode de circulation, de sensibilité, de nutrition ; aussi, en augmentant de volume, les parois de l'utérus conservent à-peu-près leur épaisseur primitive, et ce n'est que dans le neuvième mois, qu'en s'effaçant, le col s'amincit peu-à-peu.

Lorsqu'on examine l'utérus pendant la grossesse et surtout dans les derniers mois, on reconnaît évidemment qu'il est composé d'un grand nombre de bandes ou de faisceaux, de fibres molles, tomenteuses, blanchâtres, réunies, soutenues par un tissu lamineux réticulé, dans lequel passent, se ramifient et s'anastomosent les différents vaisseaux sanguins qui appartiennent à l'organe. En suivant plus particulièrement le mode de distribution de ces vaisseaux, on voit à différents endroits, les artères communiquer avec les veines, former des espèces de sinus qui s'ouvrent à la surface du placenta ; partout

ailleurs ce ne sont que des ramuscules capillaires, séreux, uniquement destinés à une sécrétion perspiratoire.

La disposition particulière des faisceaux fibreux qui entrent dans la composition de l'utérus, n'est point encore parfaitement connue. *Ruisch* prétendait qu'elles étaient disposées circulairement au fond de l'utérus et formaient un muscle orbiculaire. Feu M. *Sue* a décrit sous le nom de *muscles quadrijumeaux-utérins*, quatre bandes ou faisceaux qui, du fond de l'utérus, se portent longitudinalement à son col; d'autres distinguent, dans toute l'étendue de l'organe, deux plans de fibres opposées, et dans deux directions différentes; quoiqu'il en soit de ces aperçus qui exigent encore quelques recherches, il suffit, pour notre objet, d'être assuré que l'utérus est essentiellement composé d'un tissu fibreux, vasculaire et que, pendant la grossesse, ces fibres constitutives acquièrent la propriété de se contracter, de se resserrer avec force et qu'ainsi, elles ont toutes les propriétés qui caractérisent et distinguent la fibre musculaire.

Mais ces changements ne se bornent point à l'utérus; on en remarque encore quelques-uns très-importants dans toutes les parties adjacentes et même dans quelques organes éloignés ; ainsi, dès les premiers mois de la grossesse, la vulve, et surtout l'éminence sus-pubienne, ont un peu plus de fermeté et de saillie ; les ovaires acquièrent un peu plus de volume ; souvent on remarque sur celui qui a servi à la fécondation, une petite fongosité, molle, rougeâtre ou jaunâtre qui s'affaisse par la suite, et forme une petite cicatrice ou dépression.

Toujours les vaisseaux qui se distribuent au vagin, aux trompes, aux ovaires, aux cordons sus-pubiens et même à la vulve, acquièrent plus de volume et de développement ; une nouvelle circulation s'établit simultanément dans tous ces organes, plus d'une fois nous avons vu, à l'hospice de la Maternité, les veines de l'ovaire, du vagin et de la vulve, variqueuses et dilatées à un tel point, qu'elles excédaient la grosseur du petit doigt ; disposition qui, dans quelques sujets faibles, a donné lieu à des échymoses, à des thrombus plus ou moins considérables.

Mais en s'élevant graduellement dans la cavité de l'abdomen, l'utérus entraîne le péritoine qui le recouvre ; alors disparaissent ces replis, ces prolongements antérieurs ou latéraux, que l'on nomme communément *ligaments*. Les trompes, les ovaires se trouvent alors approchés du corps de l'utérus et dans une direction presque verticale ; on voit alors que les cordons sus-pubiens, dont la texture, dans l'état de vacuité, était si équivoque, sont essentiellement composés de fibres linéaires, molles, tomenteuses, accompagnés d'un grand nombre de ramuscules vasculaires qui sont de la même nature que celles de l'utérus, et ont, par conséquent, les mêmes propriétés ; enfin, on remarque que, dans son ampliation, l'utérus s'incline presque toujours sur le côté droit, ce qui paraît dépendre non-seulement de sa disposition primitive, mais peut-être bien encore de l'action du cordon sus-pubien qui est généralement plus gros, plus court et plus fort à droite qu'à gauche. On doit encore remarquer qu'en s'élevant, l'utérus appuie toujours sur la vessie, spécialement sur la paroi antérieure de l'ab-

domen, et la pression que l'utérus exerce sur cette partie, son poids et son volume, surtout lorsque la femme est debout, détermine la distension, l'élargissement des muscles sterno-pubiens, et de la ligne médiane qui les sépare ; comme dans les derniers mois de la grossesse cette pression s'exerce spécialement sur la région ombilicale, la ligne médiane éprouve, dans cet endroit, un élargissement ovale ou rhomboïde qui, souvent, a plus de 80 millimètres ou *trois pouces* de largeur. L'amincissement des parois de l'abdomen, en cet endroit, est tel, qu'elles ont à peine 7 millimètres ou *trois lignes* d'épaisseur ; aussi le fond de l'utérus se porte toujours en devant, et jamais il ne s'élève jusqu'au *creux de l'estomac*, comme on le dit dans quelques ouvrages modernes, et comme on le répète si communément. Dans le cours d'une première grossesse, et surtout lorsque les parois de l'abdomen offrent beaucoup de résistance, nous avons vu à la fin du huitième mois le fond de l'utérus approcher de la région épigastrique, et dans les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, dans celles dont la fibre est lâche, molle,

très-extensible, nous avons plusieurs fois rencontré le fond de l'utérus très-peu au-dessus de l'ombilic ; la saillie convexe que forment en devant les vertèbres des lombes, la résistance que présentent le diaphragme, la masse des viscères de l'abdomen ; la disposition des muscles sterno-pubiens, qui, depuis la hauteur de l'ombilic, sont plus larges, plus minces, moins résistants qu'à leur portion pubienne, tout concourt à déterminer l'ampliation de l'abdomen, sur la face antérieure, et spécialement sur la région ombilicale : ajoutons que la paroi postérieure ou sacrée de l'utérus a naturellement un peu plus de convexité et d'épaisseur que l'antérieure, et paraît ainsi disposée à permettre une plus grande ampliation ; peut-être aussi, par leur disposition, leur action, leur rénitence, les cordons sus-pubiens concourent-ils à déterminer le fond de cet organe en devant ? Toujours est-il certain, qu'en général, et dans la femme debout, le fond de l'utérus se présente en avant, et appuie sur la région ombilicale, et si dans les opérations césariennes, on n'avait pas l'attention de faire coucher la femme sur un plan

horisontal, de ramener, de soutenir l'utérus dans la direction de la ligne médiane; au lieu de se trouver sur la face antérieure de l'utérus, comme on le désire, l'incision se trouverait à la partie supérieure, au fond, ou à un des côtés de cet organe.

On sent très-bien que le volume considérable que l'utérus acquiert pendant la grossesse, produit nécessairement quelques changements dans la position des viscères de l'abdomen; ainsi, comme dans l'état le plus ordinaire, l'utérus est un peu incliné à droite, le paquet des intestins grêles est repoussé à gauche; le foie, la rate, les organes épigastriques sont relevés; le diaphragme plus ou moins refoulé du côté du thorax; ce qui produit, dans quelques cas, un déplacement des viscères contenus dans cette cavité; quelquefois aussi, lorsque la grossesse est très-volumineuse, que le thorax a été déformé par des vêtements trop serrés, le contour cartilagineux des côtes est relevé et déjeté en dehors.

Le bassin éprouve aussi quelques changements qui méritent une attention particulière. Pour bien saisir ces objets, rappelons

que dès l'instant de la conception il s'établit dans l'utérus, un nouveau mode de circulation et de nutrition, qu'il se produit dans les réseaux capillaires, dans les aréoles de cet organe, une sorte de congestion ou de pléthore locale qui en relâche, en amollit le tissu, qui persiste et augmente pendant tout le cours de la grossesse. Mais cet état de congestion si remarquable, ne se borne point à l'utérus, aux ovaires, aux trompes, aux cordons sus-pubiens; il s'étend encore à la vulve, et même au bassin. Par l'effet de la congestion locale qui s'est formée peu-à-peu, les ligaments des symphises s'amollissent, les lames cartilagineuses qui revêtent les surfaces articulaires, acquièrent un peu plus d'épaisseur; la sécrétion synoviale y devient plus abondante; aussi, les symphises deviennent moins serrées, plus écartées et ont une disposition plus ou moins grande à la mobilité. Le poids, le volume de l'utérus, qui porte principalement sur le bord du détroit abdominal, concourt sans-doute à cet écartement, à ce relâchement des symphises; mais il nous paraît dépendre essentiellement de la congestion qui s'opère dans le tissu li-

gamenteux par le nouveau mode de circulation qui s'y établit.

Quoiqu'il en soit, ce relâchement des symphises du bassin, cette tendance à la mobilité, n'a point échappé aux plus anciens écrivains, et a souvent été remarquée par les modernes ; mais les uns ont pensé que, dans une femme bien conformée, le bassin avait toujours assez d'amplitude, et qu'ainsi, le relâchement des symphises était un accident, un effet morbide, un moyen inutile pour la facilité de l'accouchement ; d'autres ont cru que cet écartement n'avait lieu que dans les efforts du travail de l'accouchement, et n'existait pas toujours. Mais sans examiner si ce relâchement des symphises est nécessaire pour l'accouchement, et comment il peut contribuer à le rendre plus facile, il nous paraît bien démontré, d'après les recherches nombreuses que M. *Chaussier* a faites sur ce sujet à l'hospice de la Maternité, que, dans les derniers tems de la grossesse, il y a toujours un relâchement et une mobilité plus ou moins grande dans les symphises du bassin, et qu'elle est entièrement indépendante des efforts du travail

de l'accouchement. Ce relâchement est toujours plus remarquable à la symphise des pubis, qu'aux symphises sacro-iliaques, et souvent, il est plus apparent à la symphise sacro-iliaque du côté gauche, qu'à celle du côté droit. Chez des femmes dont l'accouchement a été prompt et facile, nous avons vu quelquefois à la symphise des pubis, un écartement de 5, 10, 15, 20 et même 30 millimètres, *deux, quatre*, *huit* et même plus de *douze lignes*. En examinant l'état des parties, on trouvait les ligaments épaissis, assouplis, et une quantité plus ou moins grande de fluide synovial séreux, quelquefois puriforme entre les surfaces articulaires. Cette dernière disposition peut assurément être regardée comme un effet morbide, elle a principalement été observée dans les femmes d'un tempérament lymphatique; dans celles qui, dans le cours de leur grossesse, avaient eu une œdemacie à la vulve ou qui avaient éprouvé quelque maladie débilitante; souvent aussi, nous avons vu des femmes se plaindre d'une douleur à la symphise des pubis, à une des symphises sacro-iliaques, et on augmentait cette douleur en appuyant soit sur une de ces symphises, soit sur la crête

de l'ilium, et, dans ce cas, la marche était pénible et vacillante pendant un tems plus ou moins long; enfin, toujours après l'accouchement, les hanches, le bassin, conservent plus d'amplitude, plus d'évasement qu'il n'en avait auparavant.

Nous ne parlerons pas de la manière dont la peau prête à la distention de l'abdomen, ni des changements que la grossesse apporte dans l'état des mamelles, dans l'ordre de l'exercice habituel des diverses fonctions du corps; il nous suffit d'avoir indiqué les objets qui doivent plus particulièrement fixer l'attention des personnes qui se livrent à l'étude et à la pratique des accouchements.

§ III. — *Considérations sur la menstruation et la grossesse.* — Nous ne nous arrêterons point à rapporter les différentes opinions que l'on a eu tour-à-tour sur la génération; ces détails sont étrangers à la pratique; nous nous bornerons donc à quelques aperçus généraux sur la menstruation, sur la grossesse, et les moyens de la reconnaître.

Art. Ier. — *Des menstrues.* — On appèle menstrues et communément *règles, mois,*

ordinaires, etc., une excrétion sanguine que les femmes éprouvent par les organes génitaux, depuis la puberté, jusqu'à l'âge de 45 ou 50 ans, à-peu-près régulièrement tous les mois ; et l'on comprend sous le titre de *menstruation*, tout ce qui est relatif à l'apparution, aux retours successifs et à la cessation de cette excrétion.

Quoique l'on ait vu quelquefois des enfants de cinq ou six ans, et même de plus jeunes, éprouver par la vulve une excrétion sanguine, plus ou moins régulière dans ses retours, cependant, dans l'ordre naturel, ce n'est qu'à la puberté que cette excrétion a lieu, et s'établit d'une manière régulière et périodique, et cette époque qui, généralement annonce et caractérise l'aptitude à la fécondité, varie beaucoup, suivant la constitution, l'éducation, l'exercice, le climat et diverses circonstances accessoires ; le plus ordinairement, ce n'est qu'à l'âge de quatorze à seize ans, et lorsque les mamelles commencent à se développer que paraît et s'établit le flux menstruel ; sa *quantité* est très-variable, on l'estime généralement de 90 à 120 grammes, ou *trois* à *quatre onces* dans les lieux tempérés de la France, mais

chez un grand nombre de femmes, elle est beaucoup plus considérable. Le dérangement dans l'ordre et la durée de cet écoulement, occasionne ordinairement du désordre dans les autres fonctions.

La qualité du sang des menstrues ne diffère pas de celui qui circule dans tout le systême, lorsque la femme est saine bien conformée et qu'elle fait usage des moyens que la santé et la propreté exigent.

La durée de cette évacuation varie de trois à six jours; il est des femmes qui ne l'éprouvent que pendant un jour ou deux, et d'autres quelques heures seulement.

Le flux menstruel est suspendu pendant la grossesse et l'allaitement ; quand il a lieu dans le premier cas, c'est ordinairement un symptôme de maladie. Cependant, lorsque le sang ne paraît qu'à des tems marqués et qui correspondent aux époques où la femme avait précédemment ses menstrues, c'est plutôt un bien qu'un mal.

Le sang menstruel *est fourni*, selon quelques écrivains, par les extrémités perspiratoires des artères qui s'ouvrent à la surface de la

membrane muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus.

Pendant la menstruation, les femmes sont plus impressionables, on doit éviter alors tout ce qui pourrait leur causer une émotion assez vive, pour donner lieu à une suppression qui entraînerait les résultats les plus fâcheux.

Cause des menstrues. L'opinion la plus généralement reçue est que la pléthore soit générale, soit locale donne lieu à cette évacuation. Le docteur ***Pinel*** dit qu'il serait aussi difficile de répondre à cette question, que d'expliquer la cause qui fait que certaines plantes se couronnent de fleurs, plutôt que d'autres. La cause de la périodicité des menstrues n'est pas mieux connue.

Quelle que soit la cause de la menstruation, il paraît qu'elle est nécessaire pour préparer les cavités qui doivent, par la suite, recevoir les radicules du placenta, pour disposer favorablement l'utérus au grand but de la reproduction, puisqu'avant l'apparution des règles, après leur cessation, et même pendant quelques irrégularités remarquables, la conception n'a point lieu; on remarque,

au contraire, que les femmes sont plus aptes à concevoir à l'approche de leurs menstrues ou immédiatement après, que dans le terme moyen d'une époque à l'autre.

Si quelques femmes ne sont pas sujettes à la menstruation, cette excrétion est ordinairement remplacée par une évacuation sanguine insolite ; toutes les parties du corps peuvent devenir un émonctoire supplémentaire pour entretenir la santé de l'individu.

On cite plusieurs exemples de femmes qui ont mis au monde des enfants bien portants, sans jamais avoir été réglées ; d'autres après avoir cessé de l'être.

On rapporte aussi des exemples de femmes qui n'ont été réglées que pendant le tems de leur grossesse. Il serait difficile de donner l'explication d'un phénomène aussi extraordinaire.

De la nature du sang des menstrues. Quelques auteurs pensent que la cavité des vaisseaux destinés à porter le sang à l'utérus, est chargé d'un fluide extrêmement subtil qui, dans le cours de la menstruation, s'échappe par l'utérus. En effet, disent-ils, une femme qui, à l'approche des règles, éprouve des douleurs

dans la tête, dans les régions lombaires, se trouve soulagée à l'instant même que ses règles paraissent, quelle que petite que soit la quantité de sang qu'elle perd par l'utérus, et ni l'application des sangsues à la vulve, ni la saignée du bras, ne produirait un effet aussi prompt et aussi salutaire.

Art. II. — *De la grossesse.* — On nomme *grossesse*, et, depuis quelque tems, *gestation*, l'état d'une femme qui porte dans son sein un germe fécondé qui croît et se développe graduellement. Suivant l'ordre le plus naturel et le plus ordinaire, la conception a lieu dans l'utérus; déposé dans la cavité de cet organe, doué d'une activité qui lui est propre, le germe vivifié se forme d'abord une couche, une enveloppe extérieure qui s'applique, s'accolle et s'attache à la face interne de l'utérus, et il tire ainsi des parois et du tissu de cet organe les matériaux nutritifs qui servent à son accroissement, à son développement graduels, pendant le cours des neuf mois, qui est le terme ordinaire de son séjour dans la cavité de cet organe; mais quelquefois, et par des circonstances accidentelles, le germe fécondé reste

dans l'ovaire ou est arrêté dans la trompe, et d'après ces cas particuliers, on a distingué deux genres de grossesse ; l'une, naturelle ou *utérine*; l'autre contre-nature ou *extrà-utérine*, qui a lieu, soit dans l'ovaire, soit dans la trompe, et suivant quelques-uns, dans la cavité même de l'abdomen ; enfin, la grossesse utérine peut être compliquée avec une grossesse extrà-utérine ; nous en avons eu, à l'hospice de la Maternité, un cas particulier dont on trouve les détails dans le discours que M. *Chaussier* a prononcé à la séance publique de l'année dernière (1811). On a aussi donné le nom de *fausse grossesse*, à la tuméfaction, au développement de l'utérus, produit par l'accumulation d'air, d'eau, de sang dans sa cavité, ou par la présence d'une tumeur, d'une mole, ou d'un faux germe ; mais nous nous bornons ici à considérer la grossesse naturelle ou utérine.

Le plus ordinairement la grossesse est bornée à un seul fœtus, cependant elle est quelquefois composée de deux ou même trois fœtus. Divers auteurs en citent un plus grand nombre, et l'on peut, avec grande raison, douter de la vérité de quelques-uns de ces récits.

Nous avons exposé précédemment (page 123), les changements successifs qu'éprouve l'utérus dans le cours de la grossesse ; il nous reste actuellement à indiquer les moyens propres à reconnaître l'existence du fœtus, seul moyen de constater la véritable grossesse.

ART. III. — *Des moyens propres à constater la grossesse.* — La grossesse est une fonction naturelle, et dans une femme saine, bien constituée, les premiers tems sont seulement marqués par la suspension des menstrues ; mais dans les femmes faibles, nerveuses, dans quelques constitutions particulières, souvent il y a perte d'appétit, dégoût, nausées, vomissements, irrégularité des fonctions, et divers autres phénomènes plus ou moins variables, suivant la constitution particulière du sujet : on a donc distingué les signes propres à faire reconnaître la grossesse en *rationels* et en *sensibles*.

Les signes rationels, que l'on acquiert par le raisonnement, sont, chez les femmes mariées, la suppression des menstrues, l'anorexie, les nausées, les vomissements, l'appétit dépravé, la pâleur de la face, le météorisme des régions inférieures de l'abdomen,

le développement de l'ombilic et son élévation, la tuméfaction des mamelles, les mouvements que la mère a cru ressentir vers le 4 ou 5ème. mois après la suspension des menstrues ; mais la plupart de ces signes sont illusoires et communs à plusieurs affections, on ne peut établir un diagnostic certain de la grossesse que par les *signes sensibles* que l'on acquiert par les sens, c'est-à-dire, par le degré de développement de l'utérus, et surtout après avoir excité le ballottement et les mouvements du fœtus, ce que l'on ne peut obtenir que par le moyen du toucher.

Art. IV. — *Du toucher.* — On appèle toucher les recherches que l'on fait avec les mains et les doigts pour reconnaître l'état de l'utérus et de ses annexes. S'il s'agit seulement de reconnaître la forme, l'état de l'excavation pelvienne et du détroit abdominal, cette opération peut se faire seulement par l'introduction d'un ou deux doigts que l'on porte dans le vagin pour en parcourir l'étendue, en reconnaître la forme; mais, s'il s'agit de constater l'état de l'utérus, il faut alors le concours des deux mains ; l'une doit être appuyée sur l'abdomen tandis que l'on

introduit un ou deux doigts dans le vagin afin de juger du volume, de la pesanteur, de la mobilité de l'utérus, de la figure, de la longueur et de la situation du col de cet organe ; il faut aussi que la femme soit dans une attitude convenable, c'est-à-dire, couchée de manière que les épaules soient beaucoup plus élevées que le bassin ; que les genoux soient fléchis et écartés l'un de l'autre, afin que les muscles de l'abdomen soient dans un état de relâchement.

Dans la grossesse récente, du trois au quatrième mois, lorsqu'on est parvenu à découvrir le fond de l'utérus avec une main appliquée à l'extérieur sur la région hypogastrique, le doigt introduit dans le vagin doit se porter vers la paroi postérieure de l'utérus ; cet organe étant une fois saisi entre la main appliquée à l'extérieur et le doigt introduit, de l'extrémité de celui-ci, on frappe légèrement sur la paroi de l'utérus, et on fixe le doigt sur le point où il a frappé : comme dans les premiers mois, l'utérus contient une grande quantité de fluide, ce fluide, ayant été mû par le coup frappé à l'utérus, le fœtus se trouve agité ; après s'être élevé par la secousse légère qu'il a reçue, il retombe sur l'extrémité du doigt

qui a donné l'impulsion : plus la grossesse est avancée, plus le fœtus est volumineux, et plus aussi la sensation que l'on reçoit par sa chûte sur le doigt, est forte. On doit réitérer plusieurs fois jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude de la présence d'un corps mobile dans l'utérus. Si l'on ne pouvait parvenir à opérer le ballotement du fœtus, il faudrait faire prendre à la femme une autre situation ; la faire tenir debout, le dos appuyé, le corps fléchi en devant et la toucher de nouveau dans cette attitude ; et si l'on ne remarque pas ce mouvement de ballottement, la femme n'est pas grosse ou elle n'est pas restée enceinte à l'époque qu'elle annonce. On doit dans le cas de doute engager la personne à se soumettre à un nouvel examen à une époque plus éloignée.

On éprouve souvent les plus grandes difficultés à s'assurer d'une grossesse récente chez les femmes qui ont de l'embonpoint et surtout si elles sont enceintes pour la première fois. Cependant, si la femme est jeune, d'une bonne santé ; si elle réunit tous les signes rationels de la grossesse, et enfin, si l'on a reconnu un changement sensible dans le volume de l'utérus, il y a de fortes présomp-

tions en faveur de la grossesse, et l'on pourrait, sans craindre de se compromettre, prononcer affirmativement.

Ayant indiqué page 120, à quels signes on peut reconnaître les différents degrés de grossesse, nous ne reviendrons pas sur cet objet.

CHAPITRE II.

Du fœtus et de ses annexes.

Le fœtus ainsi que ses annexes exigent aussi quelques considérations particulières, et nous comprendrons dans ce paragraphe, tout ce qui peut fournir à quelques applications utiles à la pratique de l'art.

ART. Ier. — *Formation, développement graduel du fœtus* (1). La grandeur et le poids du fœtus sont en général relatifs au temps de la grossesse ; ils varient cependant beaucoup. L'époque de la conception, l'âge, la constitution de la mère, sa manière de vivre, ses passions, surtout pendant la grossesse, paraissent y contribuer.

---

(1) Nous avons pris une grande partie de ce paragraphe dans la *Table Synoptique des Mesures relatives à l'étude et à la pratique des Accouchements*, par M. CHAUSSIER.

Quoiqu'il en soit, d'après un grand nombre d'observations, on peut regarder les résultats suivants, comme un terme moyen et le plus ordinaire.

A 10 JOURS. *Embryon*, flocon grisâtre, semi-transparent qui se liquéfie promptement, et dont la forme ne peut être déterminée. Poids, par approximation, *un grain*, ou 6 centigrammes.

A 20 JOURS. Forme d'une grosse fourmi (*Arist.*) d'une graine de laitue, puis d'un grain d'orge (*Burton*), d'une mouche ordinaire ou du marteau du tympan (*Baudelocque*), on l'évalue à *quatre* ou *cinq lignes*, 12 millimètres : poids; à-peu-près *trois grains* ou 20 centigrammes.

A 30 JOURS. Linéaments des principaux organes, de l'emplacement des membres; on l'a comparé à une abeille; longueur *douze lignes*, 27 millimètres : poids; à-peu-près *dix-neuf grains* ou 20 centigrammes.

A 45 JOURS. Forme et parties distinctes : longueur; *deux pouces six lignes*, 22 millimètres: poids; à-peu-près *un gros et un quart* ou 5 grammes.

A 60 JOURS. (2 mois) *Fœtus*; il a de lon-

gueur *quatre pouces un quart*, 115 millimètres : poids ; *cinq gros* ou 22 grammes.

A 90 JOURS. (3 mois) A-peu-près *six pouces*, 16 centimètres: poids; *deux onces et demie*, 76 grammes.

A 120 JOURS. (4 mois) A-peu-près *huit pouces*, 21 centimètres: poids; *sept onces*, 214 grammes.

A 150 JOURS. (5 mois) A-peu-près *dix pouces*, 27 centimètres: poids ; *seize onces* ou *une livre*, 500 grammes.

A 180 JOURS. (6 mois) A-peu-près *douze pouces*, 27 centimètres: poids ; *trente-deux onces* ou *deux livres*, 980 grammes.

A 210 JOURS. (7 mois) A-peu-près *quatorze pouces*, 38 centimètres: poids; *quarante-huit onces* ou *trois livres*, 1469 grammes.

A 240 JOURS. (8 mois) A-peu-près *seize pouces*, 43 centimètres: poids; *soixante-quatre onces* ou *quatre livres*, 1958 grammes.

A 270 JOURS. (9 mois) A-peu-près *dix-huit pouces*, 48 centimètres: poids ; *quatre-vingts onces* ou *cinq livres*, et quelques fois, *six*, *sept*, mais très-rarement au-delà de ces

termes, quoique quelques-uns disent avoir vu des enfants du poids de *vingt* et même *vingt-cinq livres*, ce qui n'est pas croyable.

ART. II. — *Division du fœtus en faces et en régions*.—On considère dans le fœtus quatre faces ; une *antérieure*, une *postérieure*, deux *latérales*, distinguées en droite et en gauche.

Chacune de ces faces se divise en régions.

RÉGIONS *de la face antérieure du fœtus*, 1°. la face ; 2°. le devant du col ; 3°. le devant du thorax ; 4°. l'abdomen ou bas-ventre ; 5°. le devant du bassin ; 6°. le devant des cuisses.

RÉGIONS *de la face postérieure* : 1°. l'occiput ; 2°. le cervix ou derrière du col ; 3°. le dos ; 4°. les lombes ; 5°. les fesses.

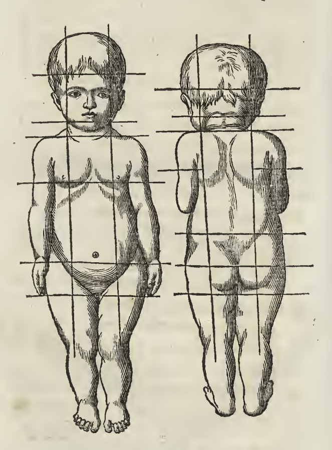
RÉGIONS *des surfaces latérales :* 1°. les deux côtés de la tête ; 2°. les deux côtés du col ; 3°. les deux épaules ; 4°. les deux côtés du thorax ; 5°. les deux hanches.

Chacune de ces régions peut encore se présenter de quatre manières différentes au détroit abdominal, ce qui fait soixante-quatre positions, en ajoutant six positions du sommet, quatre des genoux, et quatre des pieds ; on aura les soixante-dix-huit positions assignées par M. *Baudelocque*.

Nous aurons occasion de faire remarquer par la suite, d'après les observations même de ce savant professeur, combien peu souvent la nature s'éloigne de sa route ordinaire.

PLANCHE VIII.

Division de la surface de l'enfant, en régions, suivant M. Baudelocque.



Art. III. — *De la longueur du fœtus et de ses proportions.* — Nous prendrons pour terme moyen, un enfant du poids de *six livres.*

	millim.	pouc.	lig.
Longueur totale, ...	489	18	
Du sommet à l'ombilic, ...	280	10	4
De l'ombil. à la plante des pieds,	209	7	8
Du sommet au pubis, ...	290	11	9
Du pubis à la plante des pieds, .	170	6	3
De la clavicule à l'extrémité inférieure du sternum, ...	55	2	3
De l'extrémité inférieure du sternum au pubis, ...	160	6	

Diamètres.

Diamètre acromial *transversal*, du som. d'une épaule à l'autre,	120	4	6
Les épaules serrées entre les deux branches du mécomètre, le diamètre acromial s'est réduit à	85	3	6
Diamètre dorso-sternal ou antéro-postérieur, qui exprime l'épaisseur du thorax, ...	95	3	6
Du contour d'un ilium à l'autre,.	75	3	
D'une tubérosité fémurale à l'autre,	84	3	3

Description de la tête du fœtus.

La tête étant la partie qui se présente le plus

souvent à l'orifice de l'utérus, au moment de l'accouchement, nous considérerons d'une manière détaillée, les parties qui la composent.

Dans l'adulte, le crâne est composé de huit os distincts, mais dans le fœtus les points d'ossification sont nombreux, et quelques-uns des os sont formés de plusieurs pièces qui ne se réunissent qu'avec l'âge. Ainsi, nous indiquerons ceux des os qui, dans leur composition, présentent quelques différence importantes pour la pratique des accouchements ; on les distingue ordinairement en *pairs* et en *impairs*. Les uns occupent la partie moyenne du crâne ; les autres sont situés sur les côtés :

1°. Le *frontal* os impair, qui forme le front, la partie supérieure et antérieure de la face ; il est composé de deux pièces ;

2°. Les *pariétaux* ; l'un à droite ; l'autre à gauche, forment les parois latérales et supérieures du crâne, et concourent à former la voûte, le *vertex* ou *sommet* ;

3°. Les *temporaux* ; deux os pairs placés ; l'un à droite ; l'autre à gauche, au-dessous et au bas des pariétaux, complettent les parties latérales du crâne, et concourent à en former la base ;

L'occipital, os impair, qui forme la partie postérieure du crâne, et une portion de sa base ;

5°. Le *sphénoïde*, os impair, d'une figure très-complexe, située à la partie moyenne de la base du crâne ;

6°. *L'ethmoïde* qui complette la base du crâne, et concourt à former les cavités nasales.

Des os de la face.

La face se divise en mâchoire supérieure et mâchoire inférieure.

La mâchoire supérieure est, comme dans l'adulte, composée de treize os, mais dans le fœtus, ces os sont très-petits, très-peu développés, parce qu'à cette époque, les cavités nasales ne sont, en quelque sorte, qu'ébauchées, que les dents n'existent pas, et que leurs germes sont cachés dans l'épaisseur des bords alvéolaires. Les os de la face sont distingués, d'après leur position, en *pairs* et en *impairs* ; les os pairs sont au nombre de douze ; savoir ;

1°. Deux *maxillaires* ou *sus-maxillaires*, qui forment la plus grande partie de la mâchoire supérieure et de la voûte du palais ;

2°. Deux *nasaux* ou *os propres du nez*,

qui, en se réunissant avec l'os frontal, forment la partie supérieure du nez;

3°. Deux *zygomatiques* ou os *malaires*, qui forment les pommettes, et concourent à former l'orbite ou la cavité dans laquelle l'œil est logé;

4°. Deux *lacrymaux* ou *unguis* qui sont très-minces, très-petits et situés dans la fosse orbitaire, du côté nasal de cette cavité;

5°. Deux *palatins* qui complettent la partie postérieure de la voûte du palais;

6°. Deux *sous-ethmoïdaux* ou *cornets inférieurs du nez* qui sont situés dans les cavités nasales, sous l'ethmoïde, et concourent à augmenter les infractuosités, la surface des cavités nasales;

7°. Enfin, un os impair situé dans la direction de la ligne médiane, qui partage les cavités nasales, en deux parties égales, et que l'on nomme le *vomer*; cet os, très-mince, est presqu'entièrement cartilagineux dans les enfans naissants.

La *mâchoire inférieure*, qui, dans l'adulte, est formée d'un seul os, est, dans le fœtus, composée de deux pièces dont la réunion sur

la ligne médiane, est généralement désignée sous le nom de *symphyse du menton.*

La tête du fœtus diffère de celle de l'adulte, non-seulement par son volume, sa forme, sa molesse, sa flexibilité, le nombre des pièces osseuses dont elle est composée, mais encore par le mode de jonction, et surtout par divers espaces membraneux, plus ou moins étendus, qui ne sont point ossifiés et que l'on désigne sous le nom de *fontanelles* : on en distingue six qui méritent une attention particulière dans la pratique des accouchements.

La première, la plus étendue, la plus importante à bien observer, est la *fontanelle antérieure,* la *fontanelle frontale* ou *bregmatique*; elle se trouve sur la ligne médiane de la tête, à la partie la plus supérieure du front, et est formée par le bord des deux pariétaux et des deux pièces de l'os frontal; sa figure approche d'un lozange, et sa grandeur varie, suivant l'âge du fœtus et le degré d'ossification.

La seconde, que l'on nomme *fontanelle postérieure* ou *occipitale*, également située dans la direction de la ligne médiane de la tête, se trouve à l'angle postérieur et supérieur de

l'occiput ; elle est formée par le bord des deux pariétaux et la pointe de l'occipital ; son étendue est peu considérable, et sa figure triangulaire.

Les autres fontanelles beaucoup moins marquées, se trouvent sur les parties latérales de la tête ; l'une, *antérieure* et *inférieure* ou *temporale*, est un petit espace membraneux, triangulaire, situé dans la fosse temporale et formée par une portion du bord de l'os pariétal, du temporal et du sphénoïde ; l'autre *postérieure* et *inférieure* ou *mastoïdienne*, est située un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde et formée par le bord du pariétal et de l'occipital ; sa figure est à-peu-près triangulaire.

Dans l'adulte, les différents os du crâne sont unis par leurs bords qui se reçoivent réciproquement, s'engrainent et forment une articulation serrée, que l'on désigne sous le nom de *suture* ; mais, dans le fœtus, ces os sont seulement unis par des lames membraneuses, légèrement cartilaginées, qui se distinguent sous le nom de *commissures*, et on en considère trois principales ; savoir :

1°. La *commissure médiane* communément *suture sagittale*, s'étend du milieu

du bord supérieur de l'occiput, jusqu'au milieu du bord de l'os frontal et s'étend ordinairement jusqu'à la racine du nez; elle est formée par le rapprochement des bords supérieurs des pariétaux; l'extrémité antérieure de cette commissure, offre deux angles parallèles à ceux du bord frontal et forme, en cet endroit, cet espace membraneux que l'on appèle *fontanelle antérieure* ou *frontale*.

2°. La *commissure* ou *suture frontale* celle qui circonscrit et unit les bords de cet os, et forme, par sa disposition, une portion de cercle ou de couronne.

3°. La *commissure* ou *suture occipitale* unit les bords postérieurs des pariétaux avec l'occiput; elle s'étend de la base du crâne, derrière le bord postérieur du pariétal opposé; la direction de cette commissure coïncide avec la grande commissure frontale; mais en se portant en arrière, les deux angles postérieurs et supérieurs des pariétaux forment avec l'angle supérieur de l'occiput, un espace triangulaire que l'on appèle *fontanelle postérieure* ou *occipitale*.

C'est par la situation des fontanelles et la direction des commissures, à l'égard du bas-

sin, que l'on reconnaît la bonne ou la mauvaise position de la tête, lors du travail de l'accouchement.

La tête du fœtus ayant une forme à-peu-près ovoïde, on y distingue, relativement à la manière dont elle peut s'engager et sortir de l'orifice de l'utérus et de la vulve, 5 *régions*, 2 *extrémités*, 2 *circonférences*, 2 *axes* et 8 *diamètres*.

Régions de la tête. 1°. l'antérieure ou la face ; 2°. la supérieure ou bregmatique, qui comprend la voûte du crâne ; 3°. l'inférieure ou la base du crâne ; 4°. deux latérales qui comprennent les tempes.

Deux extrémités ; la face, qui est la plus grosse, et l'occiput, qui est la plus petite.

Deux circonférences ; la PETITE, est celle qui se mesure de la base du crâne, en remontant par dessus les bosses pariétales, jusques sur la fontanelle frontale ; elle a *onze à douze pouces*.

La *grande circonférence* est celle qui se mesure en suivant la ligne médiane du crâne, le milieu de la face, du menton, de la base du crâne et de l'occiput ;

Deux axes ; *un grand*, qui s'étend du front à l'occiput ;

Un petit, qui coupe le grand, à angle droit, et qui passe d'un tubercule pariétal à l'autre.

Des diamètres. Le plus grand des diamètres de la tête, est celui qui est pris de l'occiput au menton, et que, pour cela, l'on appèle *occipito-mentonnier;* il a *cinq pouces*. Lorsque la tête a exécuté son mouvement de rotation, après s'être présentée dans la première ou la deuxième position du sommet, ce diamètre est en rapport avec l'axe du détroit périnéal.

2°. Le *diamètre occipito-frontal, antéro-postérieure* a *quatre pouces trois lignes;* au commencement du travail, il doit être en rapport avec les diamètres obliques du bassin; et dans le dernier temps du travail, avec le diamètre cocci-pubien ;

3°. Le *diamètre sphéno-bregmatique, perpendiculaire* ou *vertical,* qui se mesure de la base du crâne à la fontanelle frontale, a *trois pouces quatre lignes*; après que la tête a exécuté son mouvement de rotation dans les première et deuxième positions du som-

met, ce diamètre se trouve en rapport avec le diamètre cocci-pubien ;

4°. Le *diamètre cervico-bregmatique* qui se mesure du cervix ou derrière du col, au centre de la fontanelle frontale, a *trois pouces huit lignes* : ses rapports, avec le bassin, sont les mêmes que le précédent ;

5°. Le *diamètre pariétal*, *transverse* qui se mesure d'une protubérance pariétale à l'autre, a *trois pouces quatre à cinq lignes*. Dans les première, deuxième, quatrième et cinquième positions du sommet, ce diamètre est en rapport avec un des diamètres obliques du bassin, et dans le dernier temps de l'accouchement, avec le diamètre transverse du détroit périnéal.

6°. *Le diamètre temporal* qui se mesure d'un temporal à l'autre, immédiatement au-devant du bord antérieur et supérieur du pavillon de l'oreille, a environ *trois pouces* d'étendue, toujours *quatre* à *cinq lignes* de moins que le diamètre pariétal ; la tête arrivée à ce point, à la vulve, lorsqu'elle a d'abord présenté sa pointe occipitale, ne tarde pas à franchir entièrement les parties externes.

7°. *Le diamètre fronto-mentonnier* qui se

mesure du front au menton, a environ *trois pouces et demi*. Dans les positions de la face, où le menton vient se présenter le premier, ce diamètre se trouve en rapport avec le diamètre occi-pubien, de devant en arrière.

8°. *Le diamètre mento-bregmatique* qui se mesure du menton à la fontanelle frontale a *trois pouces trois-quarts* d'étendue. Ces rapports avec le bassin sont les mêmes que le précédent. Dans les cas de présentation de la face, lorsque celle-ci est tout-à-fait hors de la vulve, le front, la fontanelle antérieure, la commissure médiane continuant de se dégager de derrière le périné, la tête, alors, arrêtée par les bosses pariétales, présente son diamètre mento-bregmatique, au diamètre cocci-pubien, de devant en arrière.

Explication de la Planche N°. IX.

Diamètres de la tête.

Fig. 1. A B Diamètre occipito-mentonnier, *cinq pouces*, 133 mill.

C D ——— occipito-frontal, *quatre pouces trois lignes*, 92 mill.

E F ——— cervico-bregmatique, *quatre pouces et demi*, 120 mill.

G H ——— spheno-bregmatique ou perpendiculaire, *trois pouces quatre lignes*, 85 mill.

Fig. 2. A B Diamètre pariétal, *trois pouces quatre lignes*, 75 mill.

C D ——— temporal, *trois pouces une ligne*, 82 mill.

Fig. 3. 1 2 Fronto-mentonnier, *trois pouces six lignes*, 92 mill.

3 4 Mento-bregmatique, *trois pouces trois quarts*, 97 mill.

PLANCHE IX.

Diamètres de la tête.

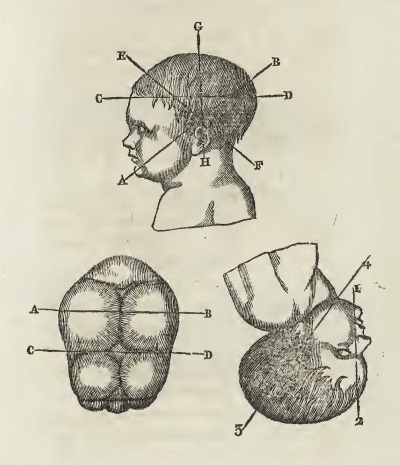
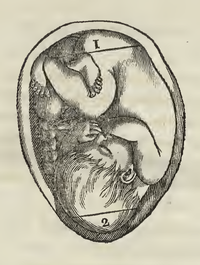




PLANCHE X.

Situation du fœtus dans l'utérus.



EXPLICATION DE LA PLANCHE
N°. X.

1. La grosse extrémité du corps ovoïde.
2. La petite extrémité.

ART. IV. — *De l'attitude du fœtus dans l'utérus.* — Le fœtus, situé dans l'utérus, a une forme ovoïde qui présente deux extrémités ; une petite, qui est le sommet de la tête, se trouve le plus ordinairement en bas sur le col utérin ; la grosse extrémité est formée par les fesses de l'enfant, et occupe le fond de l'utérus.

La tête du fœtus est abaissée ; les bras croisés sur la poitrine, les mains portées vers la face, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les genoux éloignés l'un de l'autre, les jambes croisées de manière que le talon gauche est appuyé sur la fesse droite, et le talon droit, sur la fesse gauche (1).

Toutes les extrémités étant ainsi rapprochées les unes des autres, l'enfant se trouve réduit au plus petit volume possible, et prend

---

(1) L'enfant n'a pas toujours cette situation dans le sein de sa mère, il a quelquefois les membres abdominaux et les jambes développés sur les parties antérieures de son corps. Une femme enceinte, affectée d'une phtisie laryngienne et dont on fit l'ouverture après la mort, nous en a offert un exemple. *(Voyez 3e. position des lombes.)*

une forme analogue à celle du viscère où il est renfermé. Le fœtus, ainsi fléchi sur sa face sternale a, de longueur du bregma ou sommet, aux fesses, *dix à onze pouces.*

La partie supérieure du tronc, y compris la tête, étant beaucoup plus volumineuse et plus pesante que le reste du corps, doit être la principale cause de la gravitation sur le col utérin. La quantité considérable de fluide qui entoure le fœtus dans les premiers tems de la gestation, en favorisant ses grands mouvements, permet à la tête de prendre cette position si commune; elle explique en même tems l'entortillement du cordon ombilical autour du col ou des membres du fœtus et les nœuds que l'on remarque quelquefois à ce cordon.

La grande courbure en devant, dont le torse de l'enfant est susceptible, dépend non-seulement de l'élasticité des vertèbres et de leur disposition articulaire, mais encore de la conformation particulière du tronc.

On a dû remarquer que le thorax, dans le fœtus, est très-court, relativement à l'étendue de l'abdomen qui forme presque les

deux tiers du torse, que cette dernière cavité a une très-grande étendue, en comparaison de la longueur des membres inférieurs. Le rachis n'ayant de résistance à vaincre que les muscles et les viscères abdominaux, la poitrine étant d'ailleurs presque toute cartilagineuse et d'une extrême flexibilité, il en résulte que le corps peut se courber, se cintrer en devant à un degré considérable.

Cette remarque est très-importante dans les cas d'accouchements contre-nature, les pieds devant être abaissés sur la partie antérieure du corps de l'enfant.

L'articulation de l'humérus avec l'omoplatte, du fémur avec l'os de la hanche, étant très-lâche, permet aux membres inférieurs, quand l'enfant présente la grosse extrémité de son corps ovoïde, de s'appliquer immédiatement sur l'abdomen et sur la poitrine, et aux bras, quand le torse a franchi le canal pelvien, de s'appliquer de chaque côté de la tête.

Quelques-uns comparent l'enfant relativement à l'accouchement, à une pyramide dont la tête est la base, et les pieds, la pointe ou l'ex-

trémité supérieure de la pyramide. Considéré sous ce rapport, les dimensions du tronc et des membres étant moindres que celles de la tête, on conçoit que lorsque celle-ci aura franchi le canal qu'elle doit traverser, les autres parties s'engageront avec la plus grande facilité.

Des secondines ou arrière-faix.

Les secondines sont : 1. *Le placenta.*
2. *Le cordon ombilical.*
3. *Les membranes.*
4. *Et la liqueur de l'amnios.*

Le *placenta* est une masse vasculeuse plus ou moins circulaire, plus épaisse dans son milieu que vers ses bords ; convexe et inégale à la surface tournée vers l'utérus, et que pour cela on appèle *face utérine* ; légèrement concave et quelquefois plane à sa surface opposée, appelée *face fétale*, parce qu'elle regarde le fœtus.

Le placenta est formé principalement par les ramifications des artères et de la veine ombilicale qui serpentent d'une manière admirable sur la surface fétale.

Les lobes ou subdivisions, correspondent

aux branches formées par la bifurcation des troncs des vaisseaux.

Les vaisseaux du placenta et leurs lobes, sont unis entr'eux par une substance cellulaire.

Le placenta sert de réservoir au sang destiné à la nutrition du fœtus.

L'attache du placenta a l'utérus est généralement comparée à la greffe des végétaux ; d'autres le comparent à ces plantes parasites qui tirent leur nourriture d'une autre plante à laquelle elles sont adhérentes. Le volume, la forme et même la texture du placenta, varient beaucoup dans les différents temps de la grossesse et suivant le lieu de son implantation ; mais son *diamètre* est le plus ordinairement de *huit pouces* ; son *épaisseur*, au centre, à-peu-près *un pouce*.

La circonférence du placenta, à-peu-près *vingt-quatre pouces*.

Le placenta, avec ses membranes, et le cordon ombilical, pèsent ordinairement *vingt onces*.

Il n'est pas rare de trouver des placenta qui pèsent *vingt-cinq onces* et même davantage, et souvent ils sont parsemés de concrétions osseuses.

Du cordon ombilical.

Le cordon ombilical est composé de trois vaisseaux, dont l'un est plus gros (*la veine*), que les deux autres qui sont les *artères*.

Ces vaisseaux forment une espèce de colonne torse, ou plutôt se contournent les uns sur les autres comme des ficelles dont on forme une corde, et sont étroitement liés par le tissu cellulaire du chorion.

La veine, porte le sang de la mère à l'enfant, et les artères rapportent le sang de l'enfant à la mère.

La longueur du cordon ombilical est ordinairement de *vingt pouces* ; mais elle varie assez souvent ; quelques-uns n'avaient de longueur que *six pouces* et même *deux*, d'autres avaient *quatre pieds* et même plus, si l'on en croit quelques écrivains.

Des membranes.

On en compte deux : le *chorion* et l'*amnios*.

Le chorion est la membrane externe ; elle se divise en deux lames, qui, après avoir enveloppé le placenta, se rejoignent vers son limbe, s'étendent ensuite sur les parois de l'u-

térus aux quelles elle adhère de toute part, au moyen d'une substance cellulaire que DE HUNTER a nommé *decidua*. Cette portion de membrane qui passe dessous le placenta, et qui s'enfonce dans ses anfractuosités, est, selon quelques-uns, le moyen d'union de cette masse avec l'utérus. M. *Chaussier* donne, à cette membrane, le nom d'*épichorion*.

De l'amnios.

Cette membrane est celle qui est baignée par les eaux qui environnent le fœtus ; elle est unie au chorion dans toute l'étendue de sa face interne, au moyen d'un tissu lamineux très-fin : ces deux membranes se réfléchissent sur le placenta et sur le cordon ombilical, et embrassent ce dernier dans toute sa longueur.

Quand ces membranes sont d'un tissu trop dense et trop serré, elles résistent long-tems à l'action de l'utérus, et cette résistance retarde l'accouchement. Quand la dilatation de l'orifice est complettement faite, et que la force des contractions n'en détermine pas la rupture, on fera très-bien de les ouvrir.

L'extrême ténuité des membranes peut

également rendre l'accouchement dangereux et pour la mère et pour l'enfant, lorsqu'elles viennent à se rompre avant le travail ou lorsqu'il ne fait que de s'établir : cette disposition des membranes peut même donner lieu à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

De l'eau de l'amnios.

L'eau de l'amnios est cette liqueur contenue dans la membrane de ce nom, et qui baigne l'enfant de toutes parts.

Sa source. — Elle est fournie par les dernières ramifications des artères sanguines, à travers les membranes chorion et amnios : ces membranes tamisent ce fluide, et le laissent tomber goutte à goutte, dans leur cavité.

Ses qualités. — Cette liqueur est de la lymphe, en tout semblable à celle qui se trouve contenue dans le péritoine, dans la plèvre, dans le péricarde, etc.; et qui sert à lubréfier ces organes, et à prévenir l'inflammation qui résulterait du frottement de ces parties les unes contre les autres.

La quantité varie à l'infini. Quelquefois l'utérus contient plusieurs livres de ce fluide;

d'autrefois, quelques onces seulement. On a remarqué que lorsque les eaux sont en grande abondance, l'enfant est peu volumineux, et que l'enfant est d'autant plus fort que la quantité d'eau qui l'environne est moindre, parce que, selon quelques-uns, le fœtus en a absorbé une plus grande quantité. Enfin, ce fluide est, en proportion, beaucoup plus considérable dans le commencement de la grossesse que vers sa fin.

L'usage de la liqueur amnios, en s'accumulant dans l'utérus, est de forcer ce viscère à s'étendre d'une manière graduée, uniforme, insensible, sans que l'enfant y ait aucune part.

Si cette liqueur ne préparait ainsi l'espace convenable au développement et aux mouvements de l'embryon, si l'utérus se trouvait en contact immédiat avec le produit récent de la conception, l'utérus l'écraserait, le triturerait, n'en ferait qu'une masse informe, comme on en a la preuve dans la mole ou faux-germe, qui n'est que le produit de la conception dégénérée. La liqueur amnios sert donc à protéger le fœtus, à quelque terme qu'il soit, contre l'action propre de l'u-

térus, contre les coups extérieurs, etc.; ce fluide comprime les parties de l'enfant d'une manière douce, convenable et uniforme; elle en facilite les mouvements; enfin, à l'époque du travail, lorsqu'elle est encore contenue dans les membranes, elle sert à faciliter la dilatation de l'orifice, en s'y engageant à la manière d'un coin: lorsqu'elle s'écoule peu-à-peu, elle sert à lubréfier les parties de la génération, et à les disposer convenablement pour l'accouchement.

A ces considérations générales, nous aurions pu joindre quelques notions sur les fonctions du fœtus et sur le mode de nutrition qui lui est propre; mais ces détails nous entraîneraient au-delà des bornes que nous nous sommes prescrites.

DE L'ACCOUCHEMENT.

Favoriser l'expulsion de l'enfant ou procéder à son extraction, suivant le cas, est, comme nous l'avons dit, le grand objet de l'art des accouchements.

Symptômes précurseurs de l'accouchement.

1°. Ecoulement par le vagin d'un mucus, d'abord blanchâtre, puis sanguinolent;

2°. Sentiment d'engourdissement vers l'orifice de l'utérus;

3°. Affaisement de l'abdomen;

4°. Développement total du col de l'utérus;

5°. Occlusion apparente de l'orifice, (dans le cas de première grossesse);

6°. Mollesse, amincissement du cercle de l'orifice;

7°. Commencement de dilatation;

8°. Laxité du vagin et de son orifice.

Symptômes de l'accouchement prochain.

1°. Douleurs dans les régions lombaires et adjacentes;

2°. Tenesme ou pressions vers les régions inguinales et pubienne;

3°. Contraction des muscles abdominaux;

4°. Suspension de la respiration;

5°. Striction de l'orifice de l'utérus sur la poche des eaux ou sur la partie qui se présente pendant la contraction de ce viscère;

6°. Besoin d'évacuer les matières stercorales et les urines excité par la pression qu'exerce la partie engagée, sur le rectum, d'une part, et de l'autre, sur la vessie.

Causes prédisposantes de l'accouchement.

Les opinions sur les causes qui produisent l'accouchement ; sont très-multipliées et la plupart hypothétiques ; les uns, considèrent l'enfant comme l'agent qui détermine les contractions, par les efforts qu'il fait pour se débarrasser de la gêne où il est, du malaise qu'il éprouve ; les autres, attribuent ce phénomène à la distension considérable de l'utérus qui, n'ayant plus rien à fournir pour son ampliation, est obligé de s'ouvrir ; ceux-ci, étant dans l'opinion que l'utérus exerce sa faculté contractile , dès l'instant même de la conception, qu'il fait des efforts continuels pour se débarrasser de ce qu'il contient, considèrent les contractions devenues plus sensibles, comme la conséquence du mode d'action de ce viscère qui, parvenu à un état d'irritabilité extrême, en raison du développement excessif qu'il a acquis vers la fin du neuvième mois, redouble d'activité pour chasser au dehors le

fardeau qu'il ne peut plus contenir ; d'autres, enfin, considèrent la cause des contractions comme une suite nécessaire de l'arrangement, de la disposition des fibres de l'utérus, et de l'ordre dans lequel se développent les différentes parties qui composent cet organe.

Causes efficientes. Si l'on n'a point encore acquis de connaissances positives sur la cause qui détermine les contractions de l'utérus, toujours est-il certain que ce viscère agit en pressant de toutes parts les corps qu'il contient, avec plus ou moins de force, et à des intervalles plus ou moins rapprochés ; que tous les muscles, et plus particulièrement ceux de l'abdomen et le diaphragme, participent, coopèrent à l'expulsion de ces corps, et que le concours simultané de l'action de toutes ces parties constitue ce que l'on appèle le *travail* de l'accouchement.

Des progrès du travail de l'accouchement.

Les contractions deviennent plus rapprochées, plus fortes, et poussent la partie de l'enfant qui se présente sur l'orifice de l'utérus. Les membranes, pendant la contraction, sont d'abord tendues, puis, s'allongent, s'engagent dans l'orifice alors considérablement dilaté ; cette portion de membrane ainsi engagée, n'ayant plus de

point d'appui, se déchire pendant la contraction et laisse échapper une plus ou moins grande quantité du fluide de l'amnios.

Après la rupture des membranes, les contractions, suspendues pendant quelques instants, deviennent ensuite plus fortes, plus expulsives ; l'utérus, alors appliqué immédiatement sur le corps de l'enfant, l'embrassant de toutes parts, le presse, le pousse particulièrement de haut en bas ; enfin, l'orifice ne pouvant plus long-tems résister aux efforts multipliés et soutenus qui tendent à le faire dilater et à l'agrandir, se retire, se dérobe au-dessus de la partie qui s'y est engagée ; cette partie, ayant franchi l'orifice, s'annonce bientôt à la vulve, se fraye progressivement le passage de cette autre issue, et les contractions de l'utérus continuant d'avoir lieu, le fœtus ne tarde pas à être entièrement expulsé au dehors.

Nous allons maintenant exposer le mécanisme de l'accouchement naturel dans les six positions du sommet de la tête.

Dans les trois premières positions, l'occiput est placé vers la partie antérieure du bassin, et dirigé soit sur l'une ou l'autre paroi cotyloïdienne soit derrière la symphise des pubis,

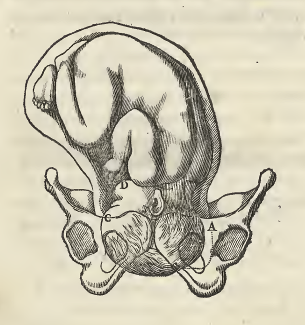
et après la sortie de la tête, l'occiput est en dessus.

Dans les trois dernières positions, l'occiput correspond à la paroi postérieure du bassin, est dirigé soit vers l'une ou l'autre symphise sacro-iliaque, soit au milieu du sacrum, et après la sortie de la tête, l'occiput est en dessous.



PLANCHE XI.

Premier Temps.



Du Mécanisme de l'Accouchement naturel.

PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

L'occiput à gauche et en devant.

PLANCHE XI.

(Sur 12,751 enfants, 10,003 se sont présentés dans cette position).

Premier Temps.

L'occiput se trouve derrière la cavité cotiloïde gauche, et la face au-devant de la symphise sacro-iliaque droite. La partie postérieure de l'enfant correspond à la partie antérieure et latérale gauche de l'utérus, et sa partie antérieure à la partie postérieure et latérale droite de ce viscère: les pieds et les fesses en occupent le fond.

La commissure médiane, ou suture sagittale, se trouve en rapport avec le diamètre oblique du bassin, de bas en haut, de devant en arrière, et de gauche à droite. En portant le doigt dans le vagin, vers la cavité cotiloïde gauche (A), on trouve la fontanelle

postérieure qui, pendant le travail de l'accouchement, s'avance en décrivant une ligne courbe, de haut en bas, et de gauche en devant, jusques vers le trou sous-pubien, du même côté (depuis A vers B), tandis que la fontanelle antérieure, s'élève d'autant, vers le haut de la symphise sacro-iliaque gauche.

Le bassin, par sa forme cônique, diminuant progressivement de capacité, d'un côté à l'autre, et de haut en bas, le diamètre fronto-occipital ayant plus d'étendue que le diamètre oblique de l'excavation, la tête est obligée, en s'engageant, de faire une espèce de bascule, pour parvenir au détroit périnéal.

Le front, conséquemment, remonte de C vers D, tandis que l'occiput s'abaisse, en glissant sur la face interne de l'ischion gauche ; le menton se trouve plus fortement appuyé sur la poitrine ; l'action de l'utérus sur le corps de l'enfant, contribue puissamment aussi à cette flexion antérieure de la tête ; celle-ci continue de descendre dans la

même direction, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par les parties postérieures et latérales du bassin.

PLANCHE XII.

Deuxième Temps.



PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

PLANCHE XII.

Deuxième Temps.

La protubérance pariétale droite, se trouve alors vers le trou obturateur ou sous-pubien droit A, et la protubérance pariétale gauche, au-devant de l'échancrure ischiatique gauche, un peu plus du quart postérieur du pariétal droit, répond à l'arcade du pubis B. La branche droite de la commissure pariétale, est presque parallèle à la jambe gauche de cette arcade C, et la branche de la commissure pariétale gauche, croise le ligament sacro-ischiatique gauche.

La tête arrivée à ce point, ne peut plus avancer ; la résistance qu'elle éprouve, la force à changer la marche qu'elle a suivie jusqu'alors ; les plans inclinés antérieurs et postérieurs du bassin, les efforts combinés de l'utérus et de la femme pour expulser le fœtus, favorisent ce changement si nécessaire de la tête ; la face se tourne en arrière pour se placer dans la courbure du sacrum, et l'occiput, en remontant en devant, se trouve logé dans l'arcade du pubis. Cette nouvelle déviation de la tête, qui, quelquefois, s'exécute pendant

la durée d'une contraction, s'appelle *mouvement de rotation* ou *de pivot.*

PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

PLANCHE XIII.

Troisième Temps.

Le mouvement de rotation étant exécuté, la face étant, comme nous l'avons dit, dans la courbure du sacrum, le sommet occupe toute l'étendue du périné jusqu'à la vulve ; la protubérance occipitale se trouve dans l'arcade du pubis, et bientôt la base du col ou la nuque (A), viendra s'appuyer contre le bord inférieur de la symphise de cet os (B).

On remarquera que le tronc de l'enfant conserve sa position à l'égard du détroit abdominal, et que c'est la position la plus favorable pour permettre aux épaules de s'engager dans ce détroit. L'épaule droite (C), répond à la cavité cotyloïde droite (C), et l'épaule gauche (D), à la symphise sacro-iliaque gauche (D), c'est-à-dire, que les épaules se présentent au diamètre oblique du bassin, dans une direction opposée à celle dans laquelle s'est présentée la tête.

PLANCHE XIII.

Troisième Temps.

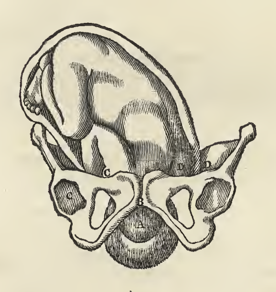




PLANCHE XIV.

Quatrième Temps.



PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

PLANCHE XIV.

Quatrième Temps.

Cette figure est la même que la précédente. Ici, le bassin est vu de profil à l'extérieur, du côté droit. On voit, de cette manière, comment la tête s'engage dans la vulve pendant la contraction.

La contraction cessée, les muscles du périné violemment distendues auparavant, réagissent sur la tête, pour la faire rentrer dans le petit bassin. Le relâchement instantanné de l'utérus, plus encore celui des muscles de l'abdomen, l'élévation du diaphragme dans l'intermittence des contractions, permettent au fond de l'utérus de remonter à un certain degré; en remontant ainsi, l'utérus entraîne la tête et la fait rentrer, jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction la pousse et la fasse paraître de nouveau (1).

(1) Peut être que, dans l'intervalle des contractions, les cordons sus-pubiens contribuent encore, en attirant le fond en devant, à faire remonter la partie inférieure de l'utérus, et par conséquent la tête.

Mais la pression réitérée de la tête sur les parties externes, sa progression plus ou moins lente, ou plus ou moins rapide, pendant le tems des douleurs, force l'ouverture de la vulve à s'agrandir, pour donner lieu à sa sortie.

A cette époque du travail de l'accouchement, l'axe de l'utérus (A B), à l'égard du bassin est tel, qu'il semblerait que la tête dût passer par l'anus ; toute l'action de l'utérus et les efforts de la femme portent sur cette partie ; le rectum est fortement comprimé, l'anus se dilate, le périné se distend et semble, surtout chez les femmes qui accouchent pour la première fois, menacer de se rompre, pour livrer passage à la tête.

PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

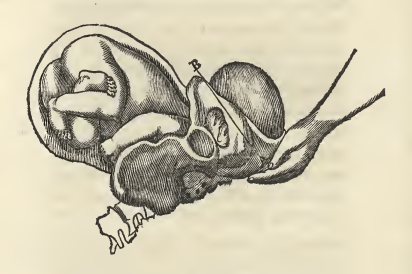
PLANCHE XV.

Cinquième Temps.

Dans ce dernier temps de la sortie du sommet, la nûque restant toujours appuyée sur le bord inférieur de la symphise du pubis, la commissure médiane et la fontanelle frontale continuent de s'avancer de bas en haut.

PLANCHE XV.

Cinquième Temps.





En supposant un certain nombre de cercles qui, tous, partent de la nuque, qui est le centre, pour se diriger sur toute l'étendue du sommet, on verrait, lorsque l'occiput commence à paraître à la vulve, se présenter successivement tous les cercles, depuis le tubercule occipital, qui est le premier et le plus petit, jusqu'au plus grand, qui comprend le diamètre cervico-bregmatique ou vertical. Quand la tête aura franchi ce dernier cercle supposé, qui va de la nuque, en passant par-dessus les tubercules des pariétaux, à la fontanelle frontale, le front et la face se dégageront promptement, parce que les diamètres que la tête doit offrir par la suite, sont d'une dimension moindre que ceux qui ont déjà franchi l'arcade pubienne.

On doit avoir alors, la plus grande attention au périné dont la lacération peut être la suite de la négligence de la personne chargée de veiller à l'accouchement. Parvenue au point où elle est sur la figure 15, au moment où elle offre son diamètre bipariétal au diamètre iskiatique, enfin, lorsqu'elle est près de franchir la vulve, on doit poser l'une ou l'autre main à plat, sur toute l'étendue du périné, en appuyant un peu de bas en haut et de derrière en devant, comme pour faire remonter

la tête de A vers B, selon l'axe du détroit supérieur, qui est la direction que l'occiput doit prendre en sortant; mais il vaudrait peut-être mieux encore embrasser du pouce et de l'extrémité des doigts de la même main, toute l'étendue du périné, compris entre les deux iskions, et appuyer l'extrémité des doigts et du pouce, de manière à faire froncer les téguments dans le sens même du diamètre iskiatique.

C'est au moment où la tête franchit son diamètre cervico-bregmatique que la femme pousse des cris qui expriment l'angoise extrême qu'elle éprouve; elle est alors excitée à faire des efforts, qu'on tenterait envain de restreindre, pour expulser, au dehors, la cause d'une crise aussi violente.

PREMIÈRE POSITION DU SOMMET.

PLANCHE XVI.

Sixième Temps.

A mesure que la tête s'avance au dehors, les épaules s'engagent dans l'excavation du bassin, en exécutant un mouvement de rotation. L'épaule droite qui était derrière la cavité cotyloïde droite, remonte obliquement

PLANCHE XVI.

Sixième Temps.



vers le trou sous-pubien , pour s'approcher de la symphise du pubis, et l'épaule gauche qui était vers la symphise sacro-iliaque gauche, descend dans la courbure du sacrum.

Lorsque le diamètre cervico-bregmatique a franchi la vulve, les tubercules frontaux, les yeux, le nez, la bouche et le menton, ne tardent pas à paraître, et la tête exécute, immédiatement après sa sortie, un mouvement de rotation, mais dans un sens contraire à celui qu'elle a exécuté dans l'excavation du bassin. Ce premier mouvement n'ayant pu s'opérer que par une déviation du col, la tête, devenue libre, se retourne dans la direction où elle s'est présentée au commencement du travail, qui est sa position naturelle à l'égard du tronc ; de sorte que la face de l'enfant regarde la face interne et postérieure de la cuisse droite de la mère.

La tête ayant franchi la vulve, l'épaule gauche s'avance vers le bord antérieur du périné, et sort la première tandis que l'épaule droite reste appuyée un instant derrière la symphise du pubis ; celle-ci se dégage à son tour, et le reste du tronc est expulsé par

une nouvelle contraction, ou par l'effet de la contraction précédente.

Il est évident que l'enfant est totalement passif pendant le travail de l'accouchement; que sa progression ne dépend nullement de son activité, et qu'en conséquence la sortie d'un enfant mort se fera tout aussi bien, et avec autant de facilité, que celle d'un enfant vivant, quand, d'ailleurs, ils présenteront l'un et l'autre une partie susceptible de s'engager.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, et quelquefois en même temps, il s'échappe une certaine quantité de fluide qui était restée au fond de l'utérus et qui n'avait pu avoir d'issue auparavant, la tête remplissant exactement la cavité du bassin. Il se fait également une effusion de sang, plus ou moins considérable, provenant des sinus utérins restés ouverts par le décollement partiel ou total du placenta pendant les contractions du l'utérus.

Si l'enfant respire librement, on fait la ligature du cordon, on le coupe à *deux* ou *trois pouces* de l'ombilic, on le confie à quelqu'un pour en avoir soin et l'on retourne auprès de la mère.

Quoique l'enfant soit sorti de l'utérus, l'accouchement n'est pas encore entièrement terminé ; de nouvelles contractions s'annoncent pour repousser au-dehors l'arrière-faix : arrivé dans le vagin, on en favorise l'expulsion en tirant d'une main sur le cordon, tandis que d'un ou de deux doigts de l'autre main on dirige cette masse ; lorsqu'elle est parvenue à la vulve, on la tourne plusieurs fois dans un même sens pour forcer les membranes à se rouler ; on en forme une espèce de corde afin qu'il n'en reste aucun lambeau dans l'utérus.

Après l'expulsion ou l'extraction du placenta, l'utérus se contracte, se resserre, revient sur lui-même ; il se dégorge, se débarrasse pour ainsi-dire, d'une surabondance de sang qui produit, pendant les premiers jours de la couche, cet écoulement sanguin, connu sous le nom de *lochies*.

Deux ou trois jours après l'accouchement, l'effusion du sang se calme, et la sécrétion du lait s'établit : les mamelles se gonflent, se durcissent, deviennent douloureuses, et quelquefois ces symptômes sont accompagnés d'une fièvre éphémère appelée *fièvre de lait*.

DEUXIÈME POSITION DU SOMMET.

L'occiput à droite et en devant du bassin.

VOYEZ PLANCHE LXII.

(Sur 12,751 enfants, 1,213 se sont présentés dans cette position).

En examinant avec attention la figure 62, et en la comparant à celles qui représentent la première position du sommet et tous ses temps, on concevra aisément le mécanisme de l'accouchement dans le cas présent.

Dans cette position du sommet, celle qui se présente le plus souvent après la première, l'occiput se trouve derrière la cavité cotyloïde droite, et le front au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche. La partie postérieure du tronc de l'enfant, répond à la partie antérieure et latérale droite de l'utérus, et la partie antérieure, à la partie postérieure et latérale gauche de cet organe; les pieds et les fesses en occupent le fond.

La commissure médiane forme une ligne parallèle au diamètre oblique du bassin, mais dans un sens opposé à la première position. Elle coupe obliquement le bassin de droite à gauche, de bas en haut, et de devant en ar-

rière. La fontanelle postérieure se trouve derrière la paroi cotyloïdienne droite, et la fontanelle frontale au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche ; l'occiput remonte en s'avançant vers le trou sous-pubien du même côté , jusqu'à ce qu'il soit arrêté dans sa marche , par les parties postérieures et latérales du bassin ; alors , le mouvement de rotation s'exécute comme dans la première position.

La face est au-devant du sacrum, et le tubercule occipital vient se présenter dans l'arcade du pubis.

Les épaules se présentent obliquement au détroit supérieur ; l'épaule droite se trouve au-devant de la symphise sacro-iliaque droite, et l'épaule gauche , derrière la cavité cotyloïde gauche. A mesure que la tête franchit la vulve , les épaules s'engagent dans l'excavation ; et la droite descend dans la courbure du sacrum ; la gauche, remonte en s'avançant derrière la symphise du pubis, celle-ci reste un instant stationnaire tandis que l'autre, la droite, s'avance jusqu'à la vulve et s'y engage la première ; l'autre descend, à son tour, et l'accouchement se termine comme dans la position pré-

cédente, excepté quand la tête a franchi la vulve, que la face se tourne vers la face interne et postérieure de la cuisse gauche de la mère, qui est sa situation naturelle à l'égard du tronc.

TROISIÈME POSITION DU SOMMET.

L'occiput en devant.

VOYEZ PLANCHE LXIX.

(Sur 12,754 enfants, 4 seulement se sont présentés dans cette position).

Le front est appuyé sur la saillie du sacrum, et l'occiput sur les pubis. La commissure médiane ou suture sagittale est parallèle au diamètre sacro-pubien ; la fontanelle frontale se trouve en arrière, et la fontanelle occipitale, en devant. La face postérieure du tronc de l'enfant répond à la partie antérieure de l'utérus, et sa face antérieure, à la paroi postérieure de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond.

Lorsque le bassin a les dimensions requises, et que la tête est très-peu volumineuse, l'accouchement peut se terminer aussi naturellement que dans les cas précédents. L'occiput descend le premier, le long de la symphise

du pubis, tandis que le menton se relève vers la poitrine. La tête continue de s'avancer ainsi, en présentant son diamètre vertical, de sorte que le sommet étant parvenu dans l'excavation du bassin, l'occiput vient se loger dans l'arcade du pubis.

Les épaules se présentent selon le diamètre oblique du détroit abdominal; parvenues dans le petit bassin, elles exécutent un mouvement par lequel l'une se trouve dans la courbure du sacrum, et l'autre derrière le pnbis. L'accouchement se termine comme dans l'un ou l'autre des cas précédents.

Quand la tête a franchi la vulve, la face regarde le périné de la mère.

QUATRIÈME POSITION DU SOMMET.

L'occiput en arrière et à droite.

VOYEZ PLANCHE LXX.

(Sur 12,754 enfants, 40 se sont présentés dans cette position).

Le front est situé derrière la cavité cotyloïde gauche, et l'occiput, au-devant de la symphise sacro-iliaque droite, la commissure médiane est parallèle au diamètre oblique du bassin, de derrière en devant, de haut en

bas et de droite à gauche. La face postérieure du tronc de l'enfant répond à la paroi postérieure et latérale droite de l'utérus ; sa face antérieure répond à la paroi antérieure et latérale gauche de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond.

Cette position est ordinairement accompagnée de l'obliquité latérale droite de l'utérus.

Le front suit la même marche, mais plus lentement, que l'occiput dans la première position du sommet ; la tête exécute de même son mouvement de rotation, et le front vient se présenter derrière la symphise du pubis.

On ne peut espérer de ramener l'occiput derrière la cavité cotyloïde droite (à la 2e. position) qu'en changeant la direction de l'axe de l'utérus, en repoussant son fond vers le centre du bassin. Il est possible que ce changement de situation que l'on fait éprouver au tronc influe sur la situation de la tête, et fasse avancer l'occiput en avant.

Mais lorsque ce moyen n'a point réussi pour ramener en devant l'occiput, et que le front s'avance pendant les contractions, il vient bientôt se présenter, comme nous l'avons dit,

derrière la symphise du pubis ; mais ne pouvant, par sa forme, s'ajuster au cintre de l'arcade, comme le fait l'occiput, pendant les contractions subséquentes, le front remonte de plus en plus derrière la symphise du pubis, tandis que l'occiput s'avance vers le périné : enfin, le tubercule occipital se dégage le premier, il continue de s'avancer jusqu'à la nuque qui reste appuyée sur le bord postérieur de la vulve, autour duquel l'occiput se contourne de la même manière que lorsqu'il se dégage de derrière la symphise du pubis.

On doit avoir le plus grand soin de soutenir le périné qui est bien plus en danger de se rompre, que dans les cas précédents, parce que le diamètre occipito-frontal tend à se présenter de front dans ce dernier tems de l'accouchement.

L'occiput, pendant sa progression, tend toujours à se porter en arrière, à mesure que le sommet, le front, les yeux, le nez, la bouche, et le menton se dégagent successivement de derrière le pubis.

Aussitôt que la tête est dégagée, la face se

tourne vers l'aine gauche de la mère, pour reprendre la situation qu'elle avait au commencement du travail.

Les épaules se présentent obliquement au détroit abdominal ; l'épaule droite se trouve au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche, et l'épaule gauche, derrière la cavité cotyloïde droite. Elles descendent dans cette direction jusques dans l'excavation ; lorsqu'elles y sont parvenues, elles exécutent un mouvement de rotation, d'où il résulte que l'épaule gauche vient se placer derrière le pubis et l'épaule droite au-devant de la courbure du sacrum. C'est celle-ci qui s'avance jusqu'à la vulve, et qui se dégage la première.

CINQUIÈME POSITION DU SOMMET.

L'occiput à gauche et en arrière.

VOYEZ PLANCHE LXXI.

(Sur 12,754 enfants, 22 se sont présentés dans cette position.)

L'obliquité latérale gauche accompagne ordinairement cette position. La tête est située de manière que le front se trouve placé derrière la paroi cotyloïdienne droite, et

l'occiput au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche : la commissure médiane se trouve dans la direction d'un des diamètres obliques, de gauche à droite, de derrière en devant, et de haut en bas. La face dorsale de l'enfant, répond à la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi antérieure et latérale droite de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond.

La marche de la tête est la même, en sens inverse, que dans la position précédente. Le front descend jusqu'à la face interne et moyenne de la branche sous-pubienne de l'iskion droit ; la tête exécute son mouvement de rotation, et le front vient se présenter derrière l'arcade du pubis ; l'occiput se dégage le premier, en passant sur la face interne du périné, et lorsque la tête a franchi la vulve, la face se retourne vers l'aine droite de la mère.

Les épaules se présentent obliquement au détroit supérieur ; la gauche, est en devant de la symphise sacro-iliaque droite, et la droite, derrière la cavité cotyloïde gauche. Parvenues en suivant cette direction jusques

dans l'excavation du bassin, elles exécutent un mouvement de rotation, après lequel l'épaule droite se trouve derrière le pubis, et la gauche, dans la courbure du sacrum ; celle-ci continue de s'avancer jusqu'à la vulve et sort la première.

SIXIÈME POSITION DU SOMMET.

L'occiput en arrière.

VOYEZ PLANCHE LXXII.

(Sur 12,754 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

Cette position est l'inverse de la troisième. Dans celle-ci, le front est appuyé sur les pubis, et l'occiput sur la saillie du sacrum ; la commissure médiane se trouve dans la direction du diamètre sacro-pubien ; la fontanelle frontale est vers les pubis ; la fontanelle occipitale vers le sacrum. La face sternale de l'enfant, répond à la face antérieure de l'abdomen de la mère ; les pieds et les fesses occupent le fond de l'utérus.

En supposant que la tête puisse prendre la situation qu'on lui a assigné par la sixième position, et que l'occiput ne se déviât pas à droite ou à gauche de la base du sacrum,

si la tête était d'un petit volume et que le bassin fût d'une bonne dimension, il serait possible que l'occiput glissât le long de la courbure du sacrum, et qu'il parvînt ainsi jusques dans l'excavation ; l'occiput, en continuant de s'avancer, viendrait le premier se présenter à la vulve, comme dans le dernier temps de l'accouchement des quatrième et cinquième positions du sommet, et tout se passerait comme dans ces deux derniers cas. La tête ayant franchi les parties externes, la face regarderait les pubis.

L'extrémité torachique supérieure (le haut de la poitrine), se présenterait transversalement au détroit abdominal, de manière que l'épaule gauche serait à droite du bassin, l'épaule droite, à gauche de cette cavité, et la face sternale du thorax de l'enfant, derrière les pubis. En s'engageant dans le petit bassin, les épaules étant forcées de changer de situation, l'une descendrait dans la courbure du sacrum, et s'avancerait ensuite vers le bord antérieur du périné, tandis que l'autre resterait appuyée derrière le pubis, pour sortir à son tour.

Telle est la marche ordinaire de la nature, dans les cas de présentation du sommet.

Dans tous les temps du travail de l'accouchement de la première et de la deuxième position, la tête ne présente au bassin que ses plus petits diamètres, et ne traverse cette cavité qu'en offrant sa plus petite circonférence.

Dans les première, deuxième, quatrième et cinquième positions, la tête exécute trois mouvements ; dans le premier temps, celui de flexion, dans le deuxième temps celui de pivot ou de rotation, et dans le troisième temps, celui d'extension.

Dans les troisième et sixième positions, la tête n'exécute que deux mouvements ; celui de flexion, et celui d'extension.

La marche de la nature est quelquefois intervertie. La tête, au lieu d'offrir son diamètre vertical, présente son diamètre fronto-occipital ; c'est la fontanelle frontale (le front qui s'avance ; dans ce cas, la tête ne peut ni rouler sur son axe, ni s'engager au détroit inférieur.

Dans les six positions que nous venons d'exposer, la troisième et la sixième considérées à l'égard du détroit abdominal, sont essen-

tiellement défavorables. Le diamètre que présente la tête dans ces deux positions, cesse d'être en rapport avec celui du bassin, lors même que c'est le diamètre vertical qui s'avance, parce que dans l'un et l'autre cas, les diamètres de la tête excèdent l'espace compris entre le pubis et la saillie du sacrum.

Les quatrième, cinquième et sixième positions sont désavantageuses au détroit inférieur, à cause de la présence inévitable du front à l'arcade du pubis.

En d'autres cas, c'est le bassin qui est trop spacieux pour le volume de la tête; elle se précipite spontanément au détroit périnéal, sans avoir éprouvé la moindre déviation; elle reste stationaire dans ce détroit; au lieu que ce soit l'occiput, c'est une des protubérances pariétales qui se présente à l'arcade du pubis, et conséquemment la tête ne peut s'y engager.

Sans parler des cas de resserrement du bassin, il arrive assez souvent, quoique l'occiput soit arrivé à l'arcade du pubis, que la rigidité des parties externes soit assez considérable, pour s'opposer à la progression

de la tête. Enfin, dans les six positions du sommet, l'accouchement peut se présenter sous l'aspect le plus favorable, et une hernie, une anévrisme déjà existante, ou tous autres accidents qui peuvent survenir pendant le travail, tels que des convulsions, une hémorrhagie considérable, l'atonie générale de l'individu ou de l'utérus seulement, une anse de cordon ombilical glissé au-dessous de la tête (1), etc., etc., sont autant de causes qui empêchent de confier l'acccouchement aux soins de la nature. Tous ces cas, lorsque la tête est avancée, indiquent assez généralement l'emploi du forceps ; il ne paraîtra donc pas déplacé, d'indiquer ici la

---

(1) *Aitken,* accoucheur Irlandais, et avant lui, *Elizabeth Nihel*, sage-femme de Londres, a proposé de repousser le cordon au-dessus de la tête. En supposant, dit le premier, que l'on introduise la main dans l'utérus, pour faire l'inversion, n'est-il pas au pouvoir de l'opérateur de replacer le cordon de cette même main qu'il a introduite?

« *Suppose the hand introduced for the purpose of* « *full turning, is it not in the power of the operator* « *to replace the chord with it* »?

manière de terminer l'accouchement dans les six présentations du sommet.

Le forceps (1) est un instrument long d'environ *quinze pouces et demi* ou 40 centimètres, composé de deux branches recourbées en différents sens, selon leur longueur ; elles s'entre-croisent comme une paire de ciseaux, et sont fixées au moyen d'un pivot mobile. L'extrémité recourbée, la plus large de l'instrument, que l'on nomme *cuiller*, à cause de sa forme, est disposée de manière à faire l'office des deux mains, pour saisir la tête engagée dans le bassin, diminuer un peu son volume, la faire changer de situation, dans

(1) Palfin et Chamberlain, sont les premiers qui aient rendu le forceps d'un usage général.

Smellie, en a perfectionné la forme.

Levret, y a ajouté une courbure latérale pour le rendre plus conforme à la courbure des axes du bassin.

Leake, y a ajouté une troisième branche.

Aitken, a imaginé un forceps flexible dont les cuillers, droites pendant l'introduction, se recourbent pour s'ajuster à la forme de la partie sur laquelle on a dessein d'en faire l'application. Mais le forceps généralement en usage est celui de *Levret*.

*

les cas qui l'exigent, et l'entraîner au dehors ; l'autre extrémité qui lui sert de manche, est terminée par deux crochets mousses, contournés en dehors. On a distingué chaque branche en *mâle* et *femelle* ; la branche mâle, est celle dont la cuiller est à droite, et la branche femelle, celle dont la cuiller est à gauche ; la première s'introduit à gauche et en arrière du bassin ; la seconde, à droite et en arrière de cette cavité.

Règles générales pour l'application du forceps.

1°. L'orifice de l'utérus doit être très-dilaté ;

2°. Les membranes des eaux rompues ;

3°. Chaque branche de l'instrument doit être introduite séparément après avoir été chauffée et ointe d'un corps gras ou mucilagineux ;

4°. Dans l'introduction des branches, on doit les diriger selon les axes du bassin, entre les bords de l'orifice de l'utérus et la surface de la tête du fœtus ;

5°. Quand l'orifice de l'utérus est tellement développé, qu'il se trouve hors de la portée des doigts, il faut glisser l'instrument sur la surface de la tête, en appuyant assez pour ne point risquer de pincer le bord de l'orifice, entre la tête et l'extrémité de la cuiller ;

6°. On ne doit jamais chercher à vaincre la résistance qui s'oppose à l'introduction de l'instrument ;

7°. Lorsqu'on éprouve de la résistance, on doit changer la direction de la cuiller, jusqu'à ce qu'on l'ait amenée au lieu où l'on se propose d'en faire l'application ;

8°. Généralement, les branches de l'instrument doivent se trouver appliquées de chaque côté de la tête, et selon sa plus grande longueur, qui est depuis l'extrémité postérieure de la commissure médiane (suture sagittale), jusqu'au menton ;

9°. Quand on a saisi la tête déjà engagée dans le détroit abdominal, on doit tirer sur l'instrument, selon l'axe de ce détroit c'est-à-dire, de haut en bas et de devant en arrière ;

10°. Si la tête a été prise avec le forceps, dans l'excavation du bassin, on doit diriger l'instrument de manière que l'occiput ou le front soit ramené derrière le pubis, selon la position où l'on a trouvé la tête au moment de l'application ;

11°. Lorsque la tête est parvenue au détroit périnéal, que l'occiput s'engage dans l'ar-

cade du pubis, on doit tirer sur l'instrument, dans la direction de l'axe du détroit périnéal, c'est-à-dire, de dedans en dehors, de derrière en devant et de bas en haut;

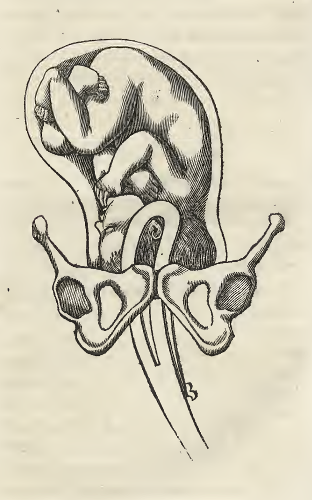
12°. L'échancrure du bord des cuillers, doit répondre au pubis, durant l'extraction de la tête, à travers le détroit périnéal, quelle qu'ait été sa position primitive à l'égard du bassin.

De l'attitude de la femme.

Toutes les fois que l'on se propose d'opérer l'accouchement, soit avec la main seule, soit avec l'instrument, et même dans les cas où l'enfant présente les pieds, les genoux ou les fesses, la femme doit être couchée sur l'extrémité d'un lit sans panneau, dont les pieds soient immobiles, ou sur un lit de sangle, dont l'extrémité serait étayée pour l'empêcher de faire la bascule. L'un ou l'autre de ces lits doit être garni d'un sommier ou d'une paillasse et d'un matelat, sous le bord duquel on place un coussin qui ait assez de consistance pour que les fesses de la femme qui seront placées dessus, ne s'y enfoncent point pendant l'opération. La femme ainsi placée,



PLANCHE XVII.



devra avoir les genoux éloignés l'un de l'autre, les jambes fléchies, les talons un peu rapprochés des fesses : elle sera maintenue dans cette situation, par deux aides placés de chaque côté du lit.

Application du Forceps, *le sommet de la tête se présentant au diamètre transverse du bassin, l'occiput à gauche et le front à droite.*

PLANCHE XVII.

Dans cette position, la protubérance pariétale droite se trouve en rapport avec la face interne des pubis, la gauche avec l'angle sacro-vertébral, et l'occiput à gauche du bassin.

Il faut introduire la branche femelle de l'instrument la première ; on la tient de la main droite, le plus près possible de la cuiller, entre le pouce et l'extrémité des autres doigts, à-peu-près comme on tient une plume en écrivant, de manière que la concavité de la cuiller regarde la face palmaire de cette même main, et que le manche soit incliné vers l'aine gauche de la femme.

On introduit plusieurs doigts de la main

gauche dans le vagin, jusques sous le bord latéral droit de l'orifice de l'utérus ; on glisse la face convexe de la cuiller sur les doigts introduits ; on la dirige au-devant des ligaments, de l'échancrure sacro-iskiatique droite et de la symphise sacro-iliaque, du même côté ; on pousse doucement la branche de l'instrument dans cette direction, à une profondeur assez considérable pour que la cuiller puisse embrasser le côté gauche du front, environ *sept à huit pouces.*

La main qui dirige le manche en abaisse l'extrémité, pour faire avancer la cuiller de derrière en devant, sur la face et sur la tempe droite de l'enfant, et pour la faire glisser ensuite derrière les pubis ; les doigts introduits dans le vagin doivent favoriser cette dernière direction, en même tems que la main à l'extérieur abaisse le manche de l'instrument : quand cette branche est fixée derrière le pubis, on la fait maintenir dans cette situation.

On introduit, aussi de la main droite, la branche mâle sous le bord postérieur de l'orifice, en suivant la ligne médiane de la courbure du sacrum, tandis que le manche de

l'instrument est incliné vers l'aine droite de la femme ; plusieurs doigts de la main gauche servent de guide pour diriger l'instrument. La partie concave de la cuiller, pendant l'introduction, doit regarder les pubis, et son bord échancré, le côté gauche du bassin; à mesure que l'on fait avancer la branche de l'instrument dans la direction que nous venons de dire, on en abaisse le manche jusqu'à ce qu'elle soit parvenue à une profondeur telle, que sa jonction puisse se faire avec celle qui est placée derrière les pubis.

Les deux branches de l'instrument réunies et fixées avec le pivot, on les saisit fortement des deux mains ; la droite, dans la pronation (les doigts en dessous), placée à l'extrémité du manche près des crochets, et la main gauche, dans la supination (les doigts en dessus), appliquée sur la portion de l'instrument qui avoisine le pubis. On fait des tractions de haut en bas, en portant un peu le manche du forceps vers le dessous de la cuisse droite de la femme, pour faire descendre l'occiput le premier.

Quand la tête est parvenue dans l'excava-

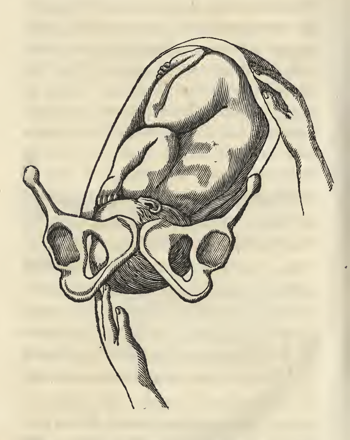
tion du bassin, on dirige le manche de gauche en devant, en le relevant un peu vers l'abdomen de la femme, pour faire exécuter à la tête, un mouvement de rotation, d'où il résulte que la face passe dans la courbure du sacrum, et que l'occiput se trouve dans l'arcade du pubis; lorsque la tête est parvenue à ce point, on fait de légères tractions de derrière en devant, et de bas en haut, pour achever de l'extraire; on se sert seulement de la main droite placée près du pivot, tandis que de la gauche, on soutient fortement le périné. On pourrait même retirer les branches de l'instrument (1) parce que les efforts de la femme sont plus que suffisants pour expulser la tête.

Dans le cas où la tête serait enclavée dans cette situation, c'est-à-dire, qu'on n'aurait pu la refouler au-dessus du détroit abdominal, et que les contractions fortes et soutenues pendant long-tems, n'eussent rien

(1) En retirant les branches du forceps, on leur fait suivre la même direction qu'on leur aurait fait prendre, si l'on avait eu à les appliquer dans le cas où se trouve actuellement la tête.



PLANCHE XVIII.



change à sa situation, ce qui doit être fort rare, on recommande d'appliquer le forceps sur les côtés du bassin, comme dans le cas des troisième et sixième positions (1), de sorte que la branche femelle se trouve appliquée sur la face de l'enfant, et la branche mâle sur l'occiput : après avoir amené la tête dans la cavité pelvienne en tirant de haut en bas et de gauche à droite de la femme, pour abaisser l'occiput, il faudrait retirer les branches du forceps, ensuite les réintroduire de nouveau sur les côtés de la tête, comme il est indiqué planche XVII, page 222.

APPLICATION DU FORCEPS, *le sommet de la tête se présentant au diamètre transverse du détroit périnéal, l'occiput à gauche.*

PLANCHE XVIII.

Soit que, par la petitesse de son volume relatif aux dimensions du bassin, la tête se soit plongée dans l'excavation, sans avoir exécuté son mouvement de rotation, soit qu'elle ait pris cette situation, en se renversant sur le dos, comme il arrive le plus souvent dans le cas d'obliquité latérale très-con-

(1) Voyez planche XXI et XXIV pag. 240 et 251.

sidérable, l'application du forceps est la même qui est indiquée à la planche XVII.

En supposant ce dernier cas, et que le fond de l'utérus fut incliné à gauche, si dès le commencement du travail, on s'aperçoit que la fontanelle occipitale, au lieu de descendre, remonte au-dessus de la paroi cotyloïdienne; que la fontanelle frontale tende à s'approcher du centre du bassin, il faut faire coucher la femme sur le côté droit, et, pendant le tems des contractions, de l'extrémité de deux doigts appliqués sur le front, repousser la face vers le haut de la symphise sacro-iliaque droite pour rapprocher le menton vers le haut de la poitrine, d'où il s'était éloigné pendant les contractions précédentes; l'occiput, alors, en redescendant, s'avancera vers l'arcade du pubis, et l'accouchement pourra se terminer seul.

Mais si la tête est tout-à-fait engagée dans le détroit périnéal, si c'est le pariétal droit qui vient se présenter sous l'arcade du pubis, on appliquera le forceps, comme il est indiqué planche XIX, avec l'attention de ne pas introduire les branches aussi profondément que si la tête était au détroit abdominal.

APPLICATION DU FORCEPS, *l'occiput à droite du bassin.*

Cette situation est la même que celle indiquée planche XVII, sous le rapport des diamètres de la tête avec ceux du détroit abdominal; mais dans celle-ci, l'occiput est à droite et la face à gauche du bassin.

On applique la branche mâle la première, on l'insinue au-devant de la jonction sacro-iliaque gauche; on la fait monter jusqu'à la hauteur du front, puis on abaisse le manche pour faire avancer la cuiller que l'on glisse derrière la symphise du pubis, de manière qu'elle embrasse le pariétal gauche qui y répond.

On introduit ensuite la seconde branche au-dessous de la tête, en suivant la face antérieure du sacrum et assez profondément pour que la cuiller embrasse le pariétal droit; lorsque la tête est bien prise entre les deux branches, on en fait la jonction; on les saisit des deux mains, la droite placée près de la vulve, et la gauche, à l'extrémité du manche; on fait d'abord les tractions de haut en bas, et en portant l'instrument vers le dessous de la cuisse gauche de la femme,

jusqu'à ce que la tête ait entièrement franchi le détroit abdominal, ensuite on relève le manche en lui faisant décrire un quart de cercle, de bas en haut, et de gauche en devant, pour la faire rouler sur son axe, et amener l'occiput sous le pubis : on termine l'accouchement comme dans le dernier cas.

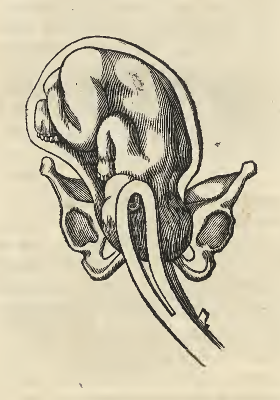
Quand la tête s'est plongée au détroit périnéal, en conservant la situation transversale qu'elle affectait au détroit supérieur, on applique l'instrument, comme il est recommandé ci-dessus, après néanmoins avoir tenté le moyen indiqué planche XVIII, page 228, c'est-à-dire, que dans le cas présent, on repousserait de la main droite le front qui est à gauche, pour faire descendre l'occiput qui est à droite du bassin.

Application du Forceps, *l'occiput à gauche et en devant.*

PLANCHE XIX.

Dans le cas où la tête a suivi sa direction ordinaire, au commencement du travail de l'accouchement, dans la première position du sommet, et qu'elle se trouve arrêtée dans son trajet, soit par le resserrement du diamètre iskiatique, soit par le défaut de courbure du sacrum, enfin, quand l'occiput est situé derrière le trou sous-pubien gauche, on

PLANCHE XIX.





fait l'application du forceps, de la manière suivante :

De la main gauche, on introduit la branche mâle de l'instrument au-devant de l'échancrure iskiatique gauche, puis on dirige la cuiller au-devant du sacrum jusques sur la joue gauche de l'enfant ; à mesure que l'on fait suivre ce trajet à l'instrument, au moyen de quelques doigts introduits au-devant du bord postérieur de l'orifice de l'utérus, on dirige le manche en l'inclinant, à proportion, vers le dessous de la cuisse gauche de la femme.

De la main droite, on introduit obliquement la branche femelle du côté droit du bassin, on porte plusieurs doigts de la main gauche sous le bord de l'orifice, pour favoriser la direction de la cuiller, au-devant de la symphise sacro-iliaque droite, et pour la faire passer en devant de la face de l'enfant, jusques sur l'oreille droite qui se trouve derrière le trou sous-pubien droit.

Les deux branches étant réunies, leur extrémité, qui est au dehors, se trouve inclinée vers la partie postérieure de la cuis e gauche de la femme ; des deux mains, la gauche

près du pubis, on saisit le manche de l'instrument, puis on le relève en le dirigeant de gauche en devant de la femme, de manière à ramener le pivot en dessus ; la tête par ce mouvement qui vient de lui être imprimé, a changé de situation ; l'occiput se trouve sous l'arcade du pubis, et l'on achève l'extraction de la tête, si l'on ne préfère laisser agir la nature qui en fera l'expulsion, quand toute fois, le diamètre iskiatique a les dimensions convenables.

Application du Forceps, *l'occiput à droite et en devant.*

PLANCHE XX.

On introduit obliquement la branche mâle du forceps, de la main gauche, tandis que, d'un ou de plusieurs doigts de la main droite, on dirige cette branche sous le bord latéral gauche de l'orifice de l'utérus jusques au-devant des ligaments sacro-iskiatiques du même côté, puis on ramène la cuiller en devant du bassin jusques sur l'oreille gauche qui est située derrière le trou sous-pubien gauche, ayant soin d'abaisser le manche, et de l'incliner de manière que le pivot regarde la face interne de la cuisse droite de la femme.

On introduit la seconde branche de la main

PLANCHE XX.

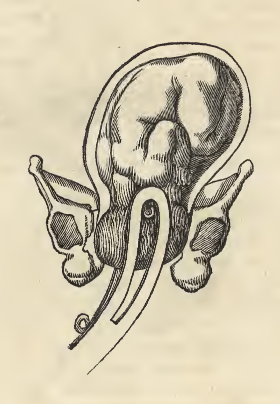
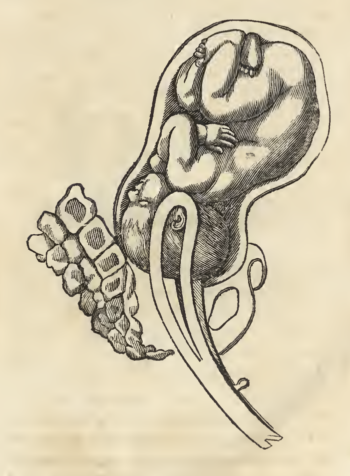






PLANCHE XXI.



droite, et de l'extrémité de quelques doigts de la main gauche, on favorise la direction de la cuiller au-devant de l'échancrure et de la symphise sacro-iliaque droite; quand cette seconde branche se trouve en rapport avec la première, qu'elles embrassent les deux côtés de la tête, on en fait la jonction : on applique la main gauche sur la portion du manche qui avoisine le pubis, ensuite on relève l'instrument, en le dirigeant de gauche en devant de la femme jusqu'à ce que le pivot soit en dessus; l'occiput se trouvant alors sous l'arcade du pubis, on termine, ou on laisse terminer seul, l'accouchement comme dans les cas précédents.

Application du Forceps, *dans la troisième position du sommet, l'occiput en devant.*

PLANCHE XXI.

Dans le cas où la tête est engagée dans le détroit abdominal, le front appuyé sur la saillie du sacrum, et l'occiput derrière les pubis, on glisse, sur les doigts de la main droite, introduits dans le vagin, la branche mâle du forceps que l'on tient de la main gauche; on l'insinue d'abord au devant des ligaments, et de l'échancrure sacro-iskiatique

gauche, où répond le temporal gauche, puis on abaisse le manche pour faire avancer la cuiller, jusques sur le pariétal du même côté : on pousse l'extrémité cachée de l'instrument, à la hauteur d'environ *sept à huit pouces*, et à mesure, on en abaisse l'extrémité qui est au dehors.

On introduit la branche femelle dans la direction de la symphise sacro-iliaque droite ; on la dirige de manière qu'elle embrasse le côté droit de la tête, comme la branche mâle en embrasse le côté gauche ; les deux branches étant réunies, le pivot se trouve en dessus ; on tire sur l'instrument de haut en bas, en même temps que l'on en dirige le manche vers la face postérieure de la cuisse gauche de la femme, afin de déterminer l'occiput à descendre derrière la paroi cotyloïdienne du même côté : on continue de tirer dans cette direction jusqu'à ce que la tête soit parvenue dans l'excavation du bassin.

La tête arrivée au détroit périnéal, on relève un peu le manche du forceps en lui faisant décrire un quart de cercle de bas en haut, et de gauche en devant; par ce mouvement imprimé à la tête, l'occiput se trouve placée sous l'arcade du pubis, comme dans les cas précédents.

PLANCHE XXII.



APPLICATION DU FORCEPS *dans les derniers temps de l'accouchement naturel des première, deuxième et troisième positions du sommet.*

PLANCHE XXII.

Lorsque la tête est parvenue au détroit périnéal, la face répondant à la courbure du sacrum, et l'occiput sous l'arcade du pubis, on applique le forceps comme dans le cas précédent; mais l'on n'introduit les branches qu'à la profondenr de *quatre à cinq pouces*; on tire sur l'instrument de derrière en devant, et de bas en haut, pour dégager la tête.

§ C'est, de tous les cas qui exigent l'application du forceps, le plus facile et le plus innocent; car il arrive souvent que, par le seul fait de l'application, sans avoir besoin de tirer sur l'instrument, la tête franchit la vulve quand, toutes fois, elle n'était retenue que par la résistance que lui opposait la rigidité des parties externes.

APPLICATION DU FORCEPS *dans la quatrième position du sommet, l'occiput à droite et en arrière.*

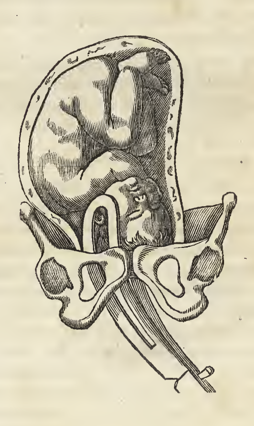
PLANCHE XXIII.

L'application, dans ce cas, est la même que dans celui où l'occiput répond au trou sous-pubien gauche.

On introduit la branche mâle au-devant des ligaments et de l'échancrure iskiatique gauche, et la branche femelle au-devant des ligaments et de l'échancrure iskiatique droite ; on dirige cette dernière branche sur le côté gauche de la tête, en lui faisant parcourir tout le côté droit du bassin, jusques derrière le trou sous-pubien droit. L'application faite et les branches réunies, l'extrémité extérieure de l'instrument se trouvera inclinée vers la face postérieure de la cuisse gauche de la femme, et le pivot sera tourné du même côté.

Lorsque la tête est encore dans le détroit abdominal, on tire sur l'instrument de haut en bas, dans la direction où se trouve le manche du forceps, pour faire descendre la tête dans l'excavation ; lorsqu'elle y sera parvenue, on relevera le manche en le portant de gauche

PLANCHE XXIII.



en devant, de manière que le pivot regarde la commissure supérieure de la vulve : le front, alors, se trouve placé derrière le pubis ; on tire sur l'instrument, en relevant le manche vers l'abdomen de la femme, pour déterminer l'occiput à se présenter le premier, en passant au-devant de la face interne du périné. Lorsque l'occiput est dégagé, il faut avoir soin d'abaisser le manche de l'instrument, pour faire passer le front et la face sous l'arcade du pubis.

Application du Forceps, *cinquième position du sommet, l'occiput à droite et en arrière.*

Cette situation diagonale étant la même, quant aux rapports de la tête avec ceux du bassin, que celle où l'occiput est à droite et en devant (1), l'application du forceps doit se faire de la même manière, c'est-à-dire, qu'il faut, de la main gauche, introduire la branche mâle, la première à gauche et en arrière du bassin, pour la ramener en devant jusques sur l'oreille droite qui se trouve derrière le trou sous-pubien gauche ; et la bran-

(1) Voyez planche XX.

che femelle à droite et en arrière de cette cavité, au-devant des ligaments et de l'échancrure iskiatique, où correspond l'oreille gauche ; le manche de l'instrument se trouvant alors incliné vers la face postérieure de la cuisse droite de la femme, on le relève, en le dirigeant de droite en devant, pour ramener le front derrière le pubis : on achève l'extraction de la tête comme dans le dernier cas.

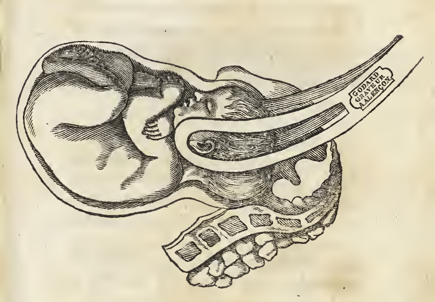
Application du Forceps, *sixième position du sommet, l'occiput en arrière.*

PLANCHE XXIV.

On procède à l'application du forceps, dans ce cas, comme à l'occasion de la troisième position du sommet, où l'occiput est en devant ; on introduit d'abord de la main gauche, la branche mâle de l'instrument, en arrière et à gauche du bassin, pour la ramener plus en devant de ce côté, et sur l'oreille droite du fœtus ; la branche femelle en arrière et à droite du bassin, ensuite, la diriger en avant, jusques sur l'oreille gauche.

Lorsque la tête est prise entre les deux cuillers, on dirige l'instrument de manière à détourner le front de derrière les pubis, et si on le dirige vers la paroi cotyloïdienne gau-

PLANCHE XXIV.



che, il faut que l'occiput passe au-devant de la symphise sacro-iliaque droite ; on tirera sur l'instrument, de manière à faire descendre la tête dans cette direction, et lorsqu'elle sera parvenue dans l'excavation du bassin, on ramenera le front derrière la symphise du pubis, et l'on terminera l'accouchement comme dans les quatrième et cinquième positions.

Dans les cas où la tête affecterait cette position au détroit périnéal, on appliquerait de même les branches du forceps ; il suffirait alors de tirer sur l'instrument de bas en haut, pour faire avancer l'occiput en le faisant passer au-devant de la face interne du périné, comme il est dit pour l'extraction de la tête avec le forceps dans la quatrième position du sommet.

Remarques sur l'application du forceps, dans les six positions du sommet.

Dans les première, deuxième et troisième positions du sommet, où l'on se propose de ramener l'occiput sous l'arcade du pubis, *le bord échancré* des cuillers du forceps doit regarder l'occiput.

Dans les quatrième, cinquième et sixième positions où c'est le front que l'on a intention

de ramener derrière la face interne des pubis, *le bord échancré* des cuillers doit regarder la face du fœtus.

Quand la tête a exécuté, ou qu'on lui a fait exécuter, son mouvement de rotation, que ce soit l'occiput ou le front qui se trouve en devant du bassin, le bord échancré des cuillers et le pivot, doivent regarder le pubis.

Accouchements considérés comme naturels, mais qui, cependant, exigent quelques fois les secours de l'art.

Le fœtus présentant les *pieds*, les *fesses*, ou les *genoux* à l'orifice de l'utérus.

L'accouchement dans lequel le fœtus présente les pieds, les fesses ou les genoux, n'est pas sans inconvénient, puisque, si le bassin est un peu resserré ou si le fœtus est très-volumineux, celui-ci est exposé à une plus ou moins forte compression du ventre, du cordon ombilical, du thorax et de la tête.

Mais quoique présentant une des extrémités inférieures du tronc, le fœtus d'un petit volume pourra traverser le canal pelvien, en

suivant la direction que nous allons faire remarquer dans les cas où quelques circonstances ne permettent pas d'abandonner son expulsion aux seuls efforts de la nature.

Il faut avant tout, lorsque deux pieds se présentent à la fois, s'assurer s'ils appartiennent au même fœtus ; on en acquiert la certitude en suivant avec le doigt une des extrémités engagées jusqu'aux parties sexuelles, et en ramenant le doigt sur l'autre cuisse, jusqu'au pied.

Lorsqu'il ne se présente qu'un seul pied, il faut appliquer un lacs au-dessus des malléoles, pour le maintenir d'une main, tandis que de plusieurs doigts de l'autre, on va à la recherche du second pied qui peut se trouver arrêté au-dessus du détroit abdominal ou sur un des points circulaires du bassin, et on l'amène à la vulve.

Si la femme éprouvait des accidents qui exigeassent un accouchement prompt, on n'attendrait pas que les pieds fussent descendus à la portée des doigts, il faudrait les aller chercher, en introduisant la main entière dans le vagin, et même jusqu'à l'orifice de l'utérus, si les pieds y étaient encore.

PREMIÈRE POSITION DES PIEDS.

PLANCHE XXV.

(Sur 12,751 enfants, 85 se sont présentés dans cette position).

Les talons à gauche du bassin.

Dans la première position des pieds, les talons répondent au côté gauche du bassin, et les orteils au côté droit; le fœtus est fléchi sur sa face sternale, de manière que le dos répond à la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus, et la tête occupe la région supérieure et latérale droite de cet organe.

PLANCHE XXVIII.

Premier Temps.

Les pieds sont poussés par les fesses, sur lesquelles ils sont ordinairement appuyés; mais ils n'avancent que difficilement, si les jambes se trouvent croisées dans le bassin; il faudra donc, de la main droite, aller chercher les deux pieds, pour les amener à la vulve.

Comme on ne réussit pas toujours à saisir ces extrémités avec les doigts nuds, à cause du peu de volume qu'elles offrent, et

du fluide onctueux dont elles sont induites, et qui les rendent glissantes, on tâchera de s'en emparer avec la main enveloppée d'un linge fin et sec; si malgré ce moyen elles échappent encore, on appliquera un lacs au-dessus des malléoles.

En supposant que les fesses s'engageassent avec les pieds, et qu'elles nuisissent à la progression de ceux-ci, il faudrait, de la main droite, les repousser sur la fosse iliaque gauche, en même tems qu'on ferait de la main gauche, des tractions sur les pieds. Voyez page 276.

PLANCHE XXIX. (page 280).

Deuxième Temps.

Lorsque les deux pieds sont hors de la vulve, on les enveloppe d'un linge fin et sec, puis on tire alternativement sur l'une et sur l'autre extrémité, ou sur les deux ensemble, selon l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire, de haut en bas, et de devant en arrière, faisant glisser les extrémités sur le bord inférieur de la vulve, en même tems qu'on les dirige un peu obliquement, afin de déterminer la hanche gauche A, à passer derrière la cavité cotyloïde droite A, et la hanche droite, au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche.

PLANCHE XXXI. (page 284).

Troisième Temps.

Lorsque les fesses ont franchi le détroit abdominal, la hanche droite descend au-devant de la symphise sacro-iliaque, de l'échancrure des ligaments sacro-iskiatiques gauches, et vient se placer dans la courbure du sacrum, tandis que la hanche gauche remonte, en passant derrière le trou sous-pubien, la branche sous-pubienne gauche, et reste appuyée sur la face interne des pubis : c'est cette direction qu'il faut donner à la partie inférieure du tronc, lorsqu'il ne la prend pas de lui-même.

PLANCHE XXXIII. (page 288).

Quatrième Temps.

La hanche droite continue de glisser sur les plans inclinés du bassin, en suivant la ligne courbe qui partagerait en deux parties égales le sacrum, le coccix et le périné, tandis que la hanche gauche se contourne sur le bord inférieur de la symphise du pubis : le dos A, à ce temps de l'accouchement, se trouve situé derrière la paroi cotyloïdienne gauche A.

Il faut avoir soin, lorsque les fesses avan-

cent à la vulve, de rapprocher les mains des cuisses et des hanches, pour pouvoir tirer de plus près, s'il en est besoin, et afin de ne pas fatiguer l'articulation des jambes et des cuisses.

On remarquera que les bras arrêtés par les bords du bassin seront forcés de se relever, de s'étendre vers la tête, à mesure que le haut du tronc s'engagera. Cette remarque convient également pour le quatrième temps de la deuxième position des pieds, et en général dans tous les cas où les extrémités inférieures du tronc se présentent ou lorsqu'on les engage les premières, pour traverser les détroits du bassin.

PLANCHE XXXV. (page 292).

Cinquième Temps.

Les hanches ayant franchi le détroit périnéal, le tronc continue de s'engager dans la même direction, jusqu'aux épaules ; mais lorsque le cas exige les secours de l'art, on embrasse, des deux mains, les hanches recouvertes d'un linge sec, de manière que les deux pouces se trouvent sur le sacrum de l'enfant, en se rappelant de faire les tractions selon l'axe du détroit abdominal, com-

me ferait l'utérus s'il agissait seul : pour éviter le tiraillement du cordon ombilical, on en formera une anse, en tirant avec ménagement, sur la portion du côté du placenta.

Si l'on éprouve de la difficulté à faire descendre la poitrine et les épaules, on tirera sur le tronc, en relevant un peu sa partie inférieure vers l'aine droite de la mère, de 1, vers 1, puis en la portant de ce point vers la face interne et postérieure de la cuisse gauche 2, et alternativement de cette manière, jusqu'à ce que les aisselles paraissent à la vulve. Voyez page 295.

On remarquera que les épaules se présentent diagonalement au détroit abdominal, dans le même sens que se sont présentées les hanches : l'épaule gauche répond derrière la paroi cotyloïdienne droite, et l'épaule droite, à la symphise sacro-iliaque gauche.

PLANCHE XXXVII. (page 296).

Sixième Temps.

L'épaule droite passe au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche, l'échancrure, les ligaments sacro-iskiatiques du même côté, et va se placer dans la courbure du sacrum, tandis que l'épaule gauche s'avance, en re-

montant derrière la paroi antérieure droite du bassin, jusqu'à la face interne du pubis où elle s'arrête ; l'épaule droite suit le plan incliné du sacrum, du coccix et du périné, et vient se présenter la première à la vulve, tandis que l'autre se contourne sur le bord inférieur de la symphise du pubis, pour sortir à son tour.

Lorsque les bras sont restés étendus de chaque côté de la tête, on abaissera d'abord celui qui répond au sacrum.

En supposant que les épaules n'aient pas suivi la direction qu'elles auraient dû prendre, ou qu'on a voulu leur donner, on introduira la main droite du côté gauche du bassin : on passera le pouce sur l'épaule droite, pour l'abaisser ; ensuite on glissera ce même pouce sous l'aisselle, on l'étendra le long de la face postérieure du bras, pour lui servir d'atelle, afin de prévenir la rupture de ce membre : de l'index de la même main, on accroche le pli du coude en même tems que l'on fait fléchir l'avant-bras sur le bras, puis on le fait descendre ainsi sur le côté du thorax ; on déploye l'avant-bras que l'on fait passer au-devant de la face sternale, pour l'allonger en-

suite sur la partie antérieure et latérale droite du tronc.

PLANCHE XXXIX. (page 300).

Septième Temps.

Le bras droit 1, étant dégagé, on soutient sur le bras droit 4, le tronc de l'enfant ; on l'incline vers la face interne et postérieure de la cuisse gauche de la mère 3, tandis que l'on porte la main gauche 5, sur le bras gauche du fœtus 6, près de l'épaule, ayant soin de faire passer le pouce sous le bras que l'on abaisse, en faisant passer l'avant-bras au-devant de la poitrine.

Dans le cas où le bras se trouverait placé derrière le col, il faudrait repousser la tête et, au moyen de l'index, faire passer l'avant-bras par-dessus l'occiput, le sommet, le front, la face, puis accrocher le pli du coude pour faire descendre le bras sur le côté du thorax, et l'avant-bras sur la face sternale.

PLANCHE XXXXI. (page 304).

Huitième Temps.

Après avoir dégagé les bras de l'enfant, on avancera la main qui soutient le tronc au-devant de la poitrine et du col, pour

s'assurer de la situation de la tête à l'égard du bassin, tandis que les doigts de l'autre main, placés en forme de crochet, de chaque côté du col, serviront à faire les tractions sur les épaules, s'il en est besoin (1).

La tête doit s'engager en présentant son diamètre occipito-frontal, au diamètre oblique du détroit abdominal, de manière que l'occiput soit situé derrière la paroi cotyloïdienne gauche, et le front au-devant de la symphise sacro-iliaque droite, comme dans la première position du sommet; la face passe au-devant de l'échancrure et des ligaments sacro-iskiatiques droits, et va se placer dans la courbure du sacrum, pendant que l'occiput remonte en avant, derrière le trou sous-pubien, jusqu'aux pubis.

Lorsque la tête ne prend point d'elle-même cette situation avantageuse, il faut la lui donner au moyen de plusieurs doigts de la main droite, introduits dans le vagin; on applique l'extrémité de ses doigts sur la joue gauche de l'enfant, de manière à embrasser toute la face, que l'on tourne vers le sacrum, en retirant la main de gauche à droite du bassin.

---

(1) Voyez planche XXXXIV, pag. 304.

PLANCHE XXXXIII. (page 308).

Neuvième Temps.

Soit que la tête ait exécuté d'elle-même son mouvement de rotation, soit qu'on ait changé sa mauvaise situation, au moyen de la main, l'occiput, à ce temps de l'accouchement, doit se trouver derrière la symphise du pubis, comme il est représenté sur la planche 43, page 308.

Les doigts de la main droite étant placés de chaque côté du nez, on soutiendra le tronc de l'enfant sur le même bras, et l'on portera la main droite sur les épaules, de manière que l'extrémité des doigts soit appliquée sur l'occiput, et pousse cette partie de dehors en dedans, tandis que l'autre main appliquée sur la face, tend à la rapprocher du bord antérieur du périné.

Tenant ainsi embrassé le corps de l'enfant, on le porte de bas en haut, puis on continue de tirer dans ce sens, en même tems que l'on engage la femme à faire des efforts, afin de hâter la sortie de la tête.

(Pour l'application du forceps dans ce cas, voyez planche LI.).

PLANCHE XXXXIV. (page 310).

Dixième Temps.

Par les tractions que l'on a faites secondées des efforts de la femme, le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front, ont passé successivement au-devant de la commissure inférieure de la vulve ; mais lorsque le front commence à paraître, de la main droite on accroche les épaules, en passant un doigt de chaque côté du col ; de l'autre main, on soutient le périné, en le pressant de derrière en devant, et de bas en haut, c'est-à-dire, dans la direction du diamètre cocci-pubien de A vers A, pour faciliter la sortie de la tête, d'une part, et de l'autre, afin de prévenir la rupture du périné ; à mesure que le front, la fontanelle frontale, la commissure médiane et la fontanelle occipitale paraissent sur le bord inférieur de la vulve, on relève le tronc de l'enfant vers l'abdomen de la mère, et l'accouchement est terminé.

DEUXIÈME POSITION DES PIEDS.

PLANCHE XXVI. (page 273).

(Sur 12,751 enfants, 58 se sont présentés dans cette position).

Les talons à droite du bassin.

Dans la seconde position des pieds, l'enfant est également recourbé sur sa face sternale ; le dos répond à la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus, et la tête occupe la région supérieure et latérale gauche de ce viscère.

PLANCHE XXVIII. (page 277).

Premier Temps.

Lorsque les pieds n'avancent pas seuls, on se conduit comme à l'égard de la première position ; mais dans l'un et l'autre cas, lorsque les extrémités sont assez avancées pour qu'on puisse les saisir avec les mains, on cessera de tirer sur le lacs.

Si les fesses étaient descendues en même tems que les pieds, de la main gauche on repousserait les premières sur la fosse iliaque droite, tandis que, de la main droite, on ferait des tractions sur les extrémités.

PLANCHE XXX. (page 281).

Deuxième Temps.

Dans la deuxième position des pieds, les fesses se présentent diagonalement aussi au

détroit abdominal ; mais la hanche droite vient se placer, ou on la dirige, derrière la cavité cotyloïde gauche de la mère, et la hanche gauche, au-devant de la symphise sacro-iliaque droite.

PLANCHE XXXII. (page 285).

Troisième Temps.

C'est la hanche gauche qui descend en devant de la symphise sacro-iliaque droite, de l'échancrure et des ligaments sacro-iskiatiques du même côté, pour aller se loger dans la courbure du sacrum, tandis que la hanche droite parcourt la paroi antérieure gauche du bassin, et vient se fixer derrière les pubis.

PLANCHE XXXIV. (page 289).

Quatrième Temps.

La hanche gauche, après avoir exécuté son mouvement de rotation, s'avance le long de la courbure du sacrum, du coccix et du périné jusqu'à la commissure inférieure de la vulve : pendant la progression de celle-ci, la hanche droite roule sur le bord inférieur de la symphise du pubis.

PLANCHE XXXVI. (page 293).

Cinquième Temps.

Si l'on est obligé de faire des tractions sur

le tronc, on dirigera la hanche droite de l'enfant vers l'aine droite de la mère ; l'épaule droite, en franchissant le détroit abdominal, glisse derrière la paroi cotyloïdienne gauche, et l'épaule gauche, au-devant de la symphise sacro-iliaque droite.

On fera en sorte de ne pas laisser l'enfant trop long-tems dans cette situation ; une longue compression peut intercepter la circulation du sang dans le cordon, et causer la mort de l'enfant ; le foie, très-volumineux et très-tendre, peut également se trouver lézé, s'il est fortement comprimé ; peut-être même que cette dernière circonstance est une des causes de l'ictère, chez les nouveaux nés (1).

PLANCHE XXXVIII. (page 297).

Sixième Temps.

Lorsque les épaules ont exécuté leur mouvement de rotation, la gauche doit répondre à la courbure du sacrum, et la droite, derrière la symphise du pubis.

---

(1) J'ai remarqué que, plusieurs enfants nés ou amenés par les pieds, ce que l'on reconnaît, dans ce dernier cas, à l'échymose des jambes, étaient affectés de cette maladie ; (l'Ictère).

Dans le cas où elles ont conservé leur direction oblique au détroit abdominal, on introduit la main gauche du côté droit du bassin, on applique le pouce assez fortement sur l'épaule gauche qui répond à la symphise sacro-iliaque droite, pour l'abaisser d'abord, puis on repasse le pouce en dessous, et on le tient allongé selon la longueur du bras que l'on achève de dégager, comme il est dit pour le sixième temps de la première position des pieds.

PLANCHE XXXX. (page 301).

Septième Temps.

On dégage le bras droit, au moyen de plusieurs doigts de la main droite que l'on glisse derrière les pubis, tandis que de la gauche, on tient le corps de l'enfant incliné vers la face postérieure de la cuisse droite de la femme: on se conduit du reste, comme il est dit ci-dessus.

PLANCHE XXXXII. (page 305).

Huitième Temps.

La tête traverse le canal pelvien, en présentant l'occiput derrière la cavité cotyloïde droite; parvenue dans l'excavation, elle y exécute son mouvement de pivot : la face

alors se trouve dans la courbure du sacrum, et l'occiput derrière le pubis.

Quand le diamètre occipito-frontal se présente au diamètre transverse du détroit périnéal, l'occiput à droite, on introduit la main gauche sous le côté gauche de la tête, de manière que l'extrémité des doigts parvenus sur le côté droit de la mâchoire, la main embrassant la face toute entière, en se retirant de gauche à droite, ramène la face dans la courbure du sacrum.

Pendant que l'on agit de la main gauche, de la droite on soutient le tronc de l'enfant ; le menton vient se présenter vers le bord antérieur du périné, puis successitvement, la bouche, le nez, les yeux le front, la fontanelle frontale, la commissure médiane, et enfin la fontanelle occipitale et l'occiput, comme il est dit aux neuvième et dixième temps de la position des pieds, pages 264 et 265, et comme il est représenté pages 310 et 313.

PLANCHE XXV.

Première position des pieds.



PLANCHE XXVI.

Deuxième position des pieds.



PLANCHE XXVII.

Première position des pieds.

Premier Temps.



PLANCHE XXVIII.

Deuxième position des pieds.

Premier Temps.

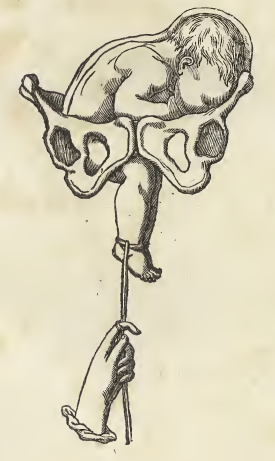




PLANCHE XXIX.

Première position des pieds.

Deuxième Temps.



PLANCHE XXX.

Deuxième position des pieds.

Deuxième Temps.





PLANCHE XXXI.

Première position des pieds.

Troisième Temps.



PLANCHE XXXII.

Deuxième position des pieds.

Troisième Temps.



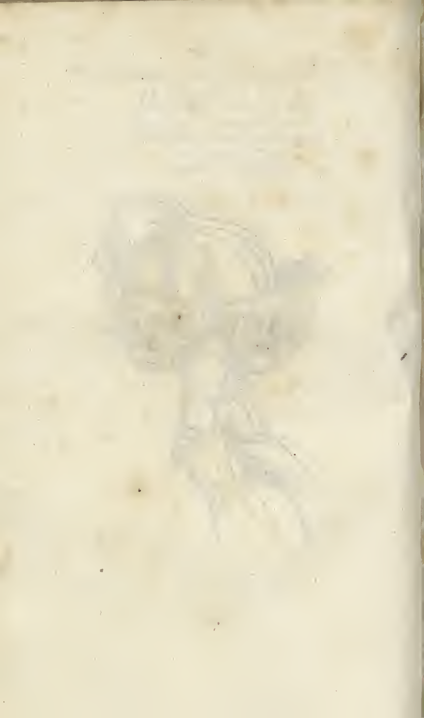




PLANCHE XXXIII.

Première position des pieds.

Quatrième Temps.



PLANCHE XXXIV.

Deuxième position des pieds.

Quatrième Temps.







PLANCHE XXXV.

Première position des pieds.

Cinquième Temps.

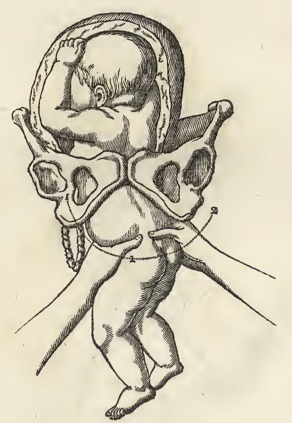


PLANCHE XXXVI.

Deuxième position des pieds.

Cinquième Temps.







PLANCHE XXXVII.

Première position des pieds.

Sixième Temps.



PLANCHE XXXVIII.

Deuxième position des pieds.

Sixième Temps.





PLANCHE XXXIX.

Première position des pieds.

Septième Temps.



PLANCHE XXXX.

Deuxième position des pieds.

Septième Temps.







PLANCHE XXXXI.

Première position des pieds.

Huitième Temps.



PLANCHE XXXXII.

Deuxième position des pieds.

Huitième Temps.



PLANCHE XXXXIII.

Première, Deuxième et Troisième positions des pieds.

Neuvième Temps.



Explication de la Planche.

Le bassin, coupé verticalement, laisse voir une portion de la face interne de cette cavité du côté gauche :

1 Le doigt index de la main gauche, placé sur la mâchoire supérieure.

2 Le coccix.

3 Le sacrum.

4 La fausse-iliaque.

5 L'épine antérieure et supérieure de l'ilium.

6 L'épine antérieure et inférieure du même os.

8 Le pubis.

9 Les deux dernières vertèbres des lombes.

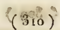


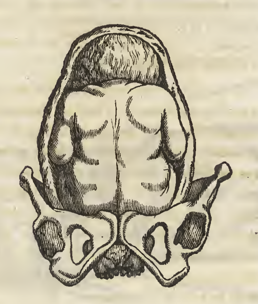
PLANCHE XXXXIV.

Première, Deuxième et Troisième positions des pieds.

Dixième Temps.

PLANCHE XXXXV.

Troisième position des pieds.



TROISIÈME POSITION DES PIEDS.

PLANCHE XXXXV.

(Sur 12,751 enfants, 3 seulement se sont présentés dans cette position).

Les talons en devant.

Les talons répondent au pubis, et les orteils au sacrum; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus, sa face sternale à la paroi postérieure de ce viscère, la tête est sous le fond.

Si le bassin était resserré dans son diamètre sacro-pubien, il faudrait favoriser la sortie de l'enfant, dans la direction où il se présente; on ferait passer les hanches et les épaules, selon le diamètre transverse du détroit abdominal, et après avoir dégagé les bras, on dirigerait les épaules, de manière que l'une d'elles descendit dans la courbure du sacrum, et que l'autre remontât derrière les pubis: on ferait sortir celle qui répondrait au sacrum la première.

Il faudrait aussi que la tête présentât son diamètre occipito-frontal, au diamètre transverse du bassin, et qu'à son arrivée dans l'excavation, on dirigeât la face dans la courbure du sacrum, pour faire avancer le menton à la commissure inférieure de la vulve.

Mais lorsque la cavité pelvienne a ses dimensions ordinaires, on dirige le tronc comme il est recommandé pour la première ou la seconde position des pieds.

(Voyez ces positions et tous leurs temps).

QUATRIÈME POSITION DES PIEDS.

PLANCHE XXXXVI.

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

Les talons en arrière.

Les talons regardent le sacrum ; les orteils, le pubis ; la face sternale de l'enfant, répond à la paroi antérieure de l'utérus ; la face dorsale répond à la paroi postérieure de ce viscère ; la tête en occupe le fond.

On dirige les extrémités dans l'une ou l'autre des deux premières positions des pieds ; mais il peut arriver dans cette position, comme dans les trois précédentes, que malgré les précautions prises pour imprimer au tronc et à la tête une direction favorable, le devant de la poitrine et par suite, la face, viennent se présenter en dessus.

Pour tracer d'une manière claire la conduite à tenir dans la quatrième position, M. Baudelocque y a distingué trois *temps*.

PLANCHE XXXXVI.

Quatrième position des pieds.

Premier Temps.

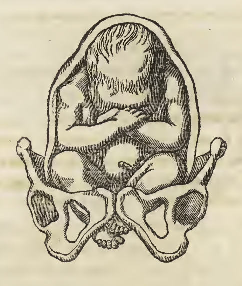




PLANCHE XXXXVII.

Quatrième position des pieds.

Deuxième Temps.



Premier Temps.

Les pieds sont encore contenus dans l'utérus ; on les saisit de l'une ou l'autre main ; on fait des tractions dessus, de haut en bas, en dirigeant les orteils en dessous, vers la partie postérieure de la cuisse droite de la femme ; quand les hanches ont franchi le détroit périnéal, on continue de faire des tractions sur le tronc, en lui imprimant toujours une direction oblique, de manière que la face sternale se trouve au-devant de la fosse iliaque droite, et l'épaule droite dans la courbure du sacrum, comme il est dit pour la première position des pieds.

(Voyez cette position et tous ses temps).

PLANCHE XXXVII.

Deuxième Temps.

Le tronc n'ayant pas suivi la direction donnée aux jambes et aux cuisses, le sacrum de l'enfant se trouvant, pour ainsi-dire, logé dans la courbure de celui de la mère, il faudrait introduire les quatre doigts de chaque main le plus profondément possible dans le vagin, de manière à embrasser étroitement la partie inférieure du tronc : pendant l'intervalle des contractions, on le repousserait avec ména-

gement, comme pour le faire remonter au-dessus du détroit abdominal, et aussitôt que les contractions s'annonceraient, il faudrait faire des tractions de haut en bas, en imprimant en même tems au tronc, une situation diagonale.

Si l'on a placé la main droite sur les pubis, et la gauche sur le sacrum de l'enfant (comme il est représenté page 318), il faudra diriger la partie antérieure du tronc à gauche de la femme; et si au contraire c'est la main gauche que l'on a appliqué sur le pubis, on dirigera la face antérieure du tronc, du côté droit; alors l'enfant se trouverait situé comme il est réprésenté pl. 35, 5e. temps de la 1ère. position des pieds; dans le premier cas, lorsle tronc serait dégagé, il se trouverait comme au cinquième temps de la deuxième position des pieds : on dirigerait donc les épaules et la tête comme il est recommandé pour chacun de ces cas.

PLANCHE XXXXVIII.

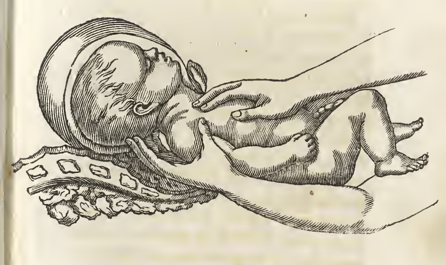
Troisième Temps.

Après que l'on aura dirigé la poitrine de manière que sa face sternale regarde un des côtés du bassin, on s'assurera de la position

PLANCHE XXXXVIII.

Quatrième position des pieds.

Troisième Temps.





de la tête. Dans le cas où elle serait retenue au détroit abdominal, l'occiput appuyé sur l'angle sacro-vertébral, ou plutôt, logé dans l'une ou l'autre goutière formée par la saillie de cet angle, on aura l'attention de mettre le tronc en rapport avec la tête, pour éviter la torsion du col.

La personne qui opère, placera une main (je suppose la droite), sur la face sternale de la poitrine de l'enfant, et l'autre main (la gauche), sur la face dorsale, près du col, tenant l'extrémité des doigts appliquée sur l'occiput; la poitrine ainsi saisie entre les deux mains, on fait un mouvement de répulsion qui tende à faire remonter l'occiput au-dessus du détroit abdominal; ensuite on dirigera les doigts de la main gauche jusques sur le côté gauche de la tête, pour embrasser l'occiput, et l'entraîner d'abord au-dessus de la symphise sacro-iliaque droite, si elle n'y était déjà, puis vers la base de l'ilium, et enfin, derrière la paroi cotyloïdienne du même côté, observant, à mesure, de faire suivre au tronc la direction que l'on donne à la tête; elle serait alors située comme dans la deuxième position des pieds. La face, se trouvant au-devant des ligaments sacro-iskia-

tiques gauches, se dirige ensuite dans la courbure du sacrum, pendant que l'occiput remonte derrière le pubis : si la tête n'avait pas suivi cette direction, c'est celle qu'il faudrait lui faire prendre, comme il est recommandé dans le texte de la planche 42, page 305.

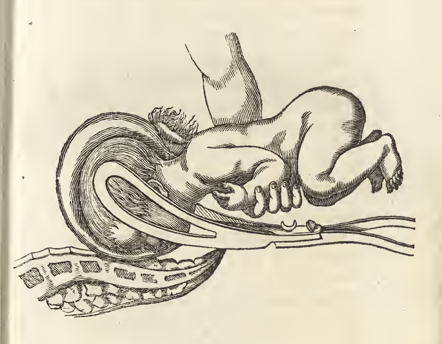
Mais le plus souvent dans le cas dont nous venons de parler, après avoir fait ainsi rouler le tronc et la tête, les extrémités pectorales se trouvent relevées, passées derrière le col, au-dessous de l'occiput ; il faudrait alors se rappeler la manière de les dégager, indiquée page 262.

APPLICATION DU FORCEPS ; *la tête étant retenue au détroit abdominal ; l'occiput derrière les pubis et le tronc dehors.*

PLANCHE XXXXIX.

Il faut d'abord faire tenir le tronc de l'enfant relevé vers l'abdomen de la mère ; ensuite introduire au-dessous et au-devant de la poitrine de l'enfant, la branche mâle du forceps à gauche et en arrière du bassin, et la faire avancer sur le côté droit de la tête : de la main droite, on introduit la branche femelle à droite et en arrière du bassin, puis on la

PLANCHE XXXXIX.



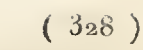


PLANCHE L.

L'occiput à gauche, la face à droite du bassin.

ramène vers la base de l'ilium, de manière qu'elle embrasse le côté gauche de la tête, comme l'autre embrasse le côté droit.

Les deux branches réunies, de la main gauche on saisit le forceps au-dessus de sa jonction, vers les serres ; de la main droite, l'extrémité de l'instrument. La tête étant engagée à un certain degré dans le détroit supérieur, il faut l'ébranler un peu, en portant le manche du forceps alternativement vers l'une et l'autre cuisse de la femme ; la tête déplacée, on lui imprime une situation diagonale relativement au détroit supérieur, afin de diriger l'occiput vers le côté gauche du bassin et la face à droite, situation représentée sur la planche 50, page 328.

Application du Forceps ; *la tête retenue dans le détroit abdominal* ; *l'occiput à gauche* ; *le tronc de l'enfant hors de la vulve.*

PLANCHE L.

Lorsque la tête aura été amenée à cette situation, on tirera de haut en bas en tenant le manche de l'instrument incliné vers la face postérieure de la cuisse gauche de la femme, pour faire descendre la face la

première ; la tête parvenue dans l'excavation, on la fera rouler de nouveau, de sorte que l'oreille gauche qui répond au pubis, se trouve du côté droit, la face dans la courbure du sacrum et l'occiput derrière le pubis ; le pivot de l'instrument qui regardait le côté gauche, se trouvera en dessus, au-devant de la vulve (1).

Si par suite de l'expulsion ou de l'extraction de l'enfant par les pieds, la tête se trouvait arrêtée au détroit abdominal, dans la situation où elle est représentée (planche 50), ce qui peut arriver quand le diamètre sacro-pubien est resserré, on appliquerait le forceps, comme il est indiqué dans le texte de la planche 17, page 223, l'enfant étant encore contenu dans l'utérus ; c'est-à-dire, qu'après avoir fait relever le tronc de l'enfant vers l'abdomen de la mère, on introduirait la branche femelle la première, à droite et en arrière du bassin, en la ramenant vers la base de l'ilium, du même côté, où correspond la face, puis enfin derrière le pubis où se trouve l'oreille gauche ; cette branche étant maintenue dans cette situation, on introduirait l'autre, en suivant la direction du sacrum. La tête prise entre les deux

(1) Voyez planche suivante LI, page 332.

PLANCHE LI.

La tête au détroit périnéal, la face dans la courbure du sacrum, le tronc hors de la vulve.



cuillers, le pivot regardant le dessous de la cuisse gauche de la femme, on ferait des tractions de haut en bas pour faire descendre la tête; ensuite on dirigerait l'instrument de manière à ramener le pivot en-dessus ; alors la face occuperait la courbure du sacrum, et l'occiput se trouverait placé derrière les pubis.

L'occiput à droite.

On introduit la branche mâle la première, dans la direction des ligaments et de l'échancrure iskiatique gauche, en lui faisant parcourir toute la paroi latérale et antérieure du même côté jusques derrière les pubis ; on introduit la branche femelle le long de la courbure du sacrum : les branches réunies, le pivot regarde la face interne de la cuisse droite de la femme : on dirige le forceps de manière à ramener l'occiput derrière les pubis.

APPLICATION DU FORCEPS, *la tête au détroit périnéal, l'occiput en devant, le tronc de l'enfant étant dehors.*

PLANCHE LI.

Lorsque par suite de l'une ou l'autre application précédente, la tête a été amenée au détroit périnéal, en présentant la base de la

mâchoire inférieure, le menton appuyé sur le coccix et l'occiput derrière le pubis, on tire, de la main droite seulement, sur le manche du forceps, en le relevant, autant que permet la présence du tronc qui se trouve au-dessus; et de l'autre main on soutient le périné, pendant que le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front et le sommet se montrent successivement au-devant de la commissure inférieure de la vulve.

Si la tête a été arrêtée au détroit abdominal par suite de l'expulsion de l'enfant dans les première, deuxième et troisième positions des pieds, ou par suite de son extraction, par ces mêmes extrémités, quelle qu'ait été d'ailleurs sa position primitive, il faut appliquer le forceps comme il est représenté sur cette gravure 51; introduire la branche mâle du côté gauche du bassin, et la branche femelle, du côté droit, de manière que l'échancrure du bord latéral des cuillers, regarde le devant du col et coïncide avec les oreilles et les bords latéraux de l'occiput.



PLANCHE LII.

La tête au détroit abdominal, le menton au-dessus des pubis, le tronc de l'enfant dehors.



Application du Forceps; *la tête retenue au détroit abdominal*; *le menton au-dessus des pubis*; *le tronc hors de la vulve.*

PLANCHE LII.

Quand la tête est retenue au détroit abdominal par suite de l'extraction ou de la présentation de l'enfant par les pieds, comme dans le cas de la quatrième position de ces extrémités, et que l'on n'a pu, en dégageant le tronc, faire prendre à la tête, une situation convenable, on fera l'application du forceps, comme il est indiqué, lorsque c'est l'occiput qui répond au pubis, excepté que l'on introduit les branches de l'instrument au-dessus et au-devant de la face sternale de l'enfant.

On fait abaisser et soutenir le tronc de l'enfant, la face dorsale regardant le périné de la mère; puis on introduit la branche mâle la première, du côté gauche du bassin, et sur le côté gauche de la tête; la branche femelle sera introduite du côté droit; on les engagera assez profondément pour que les deux pariétaux se trouvent exactement embrassés par les deux cuillers; lorsqu'on a fait la jonction des deux branches, il faut repousser un peu l'instrument de bas en haut, en même tems

qu'on l'inclinera de l'un ou l'autre côté, pour détourner le menton ou la face. Quand par la direction que l'on a donnée à l'instrument, on pourra être assuré d'avoir fait prendre une situation diagonale à la tête, on aura soin d'abaisser le manche du forceps et de l'incliner, en faisant dessus des tractions, vers la face postérieure de la cuisse de la femme, du côté où l'on veut tourner la face.

Quand on est parvenu à changer la situation de la tête, que la face regarde un des côtés du bassin, on dirige l'instrument en en abaissant le manche dans une direction oblique, et en tirant dessus de haut en bas, pour entraîner la tête dans l'excavation ; lorsqu'elle y est descendue, on lui fait exécuter aussitôt un mouvement de rotation, en ramenant le manche en-devant, dans une direction presque horizontale : on l'abaisse ensuite pour faire passer le menton sous l'arcade du pubis où l'on vient de l'amener ; on soutient d'une main le périné, tandis que de l'autre on tire sur l'instrument pour faire avancer la face, le front, le sommet et l'occiput qui sort le dernier, en se contournant sur le bord radial du premier doigt de la main que l'on a placée pour soutenir le périné.

PRÉSENTATION DES GENOUX

A L'ORIFICE DE L'UTÉRUS.

PREMIÈRE POSITION DES GENOUX.

PLANCHE LIII. (page 344).

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté daus cette position).

Le devant des cuisses à droite, le devant des jambes à gauche.

Les jambes étaut fléchies sur la face postérieure des cuisses, la face antérieure des jambes répond derrière la cavité cotyloïde gauche et la face antérieure des cuisses à la symphise sacro-iliaque droite, la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus, et sa face sternale à la paroi postérieure et latérale droite de ce viscère ; la tête, du même côté, en occupe le fond.

On distingue les genoux, des coudes, à la rondeur, à l'étendue de ces extrémités, et à la mobilité ou à l'éminence arrondie des rotules : le coude offre une saillie aigue et immobile.

On fera attention que l'un des genoux ne s'arrête sur un des points circulaires du bas-

sin ; on les laissera descendre , et lorsqu'ils seront assez avancés, on accrochera le premier qui se présente, au moyen de l'index de la main droite : si l'on ne pouvait y parvenir avec les doigts, on se servirait du crochet mousse.

Si quelque circonstance exigeait un accouchement prompt, il faudrait repousser les genoux vers le ventre de l'enfant ; pour déterminer les pieds à descendre, on les saisirait de plusieurs doigts, pour les amener au dehors : la conduite à tenir pour l'extraction de l'enfant est la même que dans le cas de la première position des pieds.

(Voyez cette position et tous ses temps.)

DEUXIÈME POSITION DES GENOUX.

PLANCHE LIV. (page 345).

La face antérieure des cuisses à gauche, la face antérieure des jambes et les fesses à droite.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus ; sa face sternale à la paroi postérieure et latérale gauche de ce viscère : la tête est sous le fond du même côté.

On aura les mêmes précautions à prendre que dans la position précédente et les mêmes règles à suivre : si les genoux ne s'engageaient pas, il faudrait les repousser pour faire descendre les pieds, on les engagerait comme dans la deuxième position de ces extrémités.

TROISIÈME POSITION DES GENOUX.

PLANCHE LV. (page 348).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

La face antérieure des cuisses, en arrière du bassin, la face postérieure des jambes et les pieds en devant.

La face sternale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus, et sa face dorsale à la paroi antérieure de ce viscère ; la tête en occupe le fond.

Les genoux en glissant le long du sacrum, parviendront dans l'excavation ; on peut alors les accrocher dans le pli du jarret, pour les diriger dans la première ou la deuxième position des pieds.

(Voyez cette position et tous ces temps).

Si les genoux ne s'engageaient pas ainsi, il faudrait les repousser au-dessus du sacrum,

sur l'abdomen de l'enfant, pour faire descendre les pieds et les abaisser à droite ou à gauche du bassin.

QUATRIÈME POSITION DES GENOUX.

PLANCHE LVI. (page 349).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

La face antérieure des cuisses derrière les pubis, la face antérieure des jambes au devant du sacrum.

La face sternale du fœtus répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face dorsale, à la paroi postérieure de ce viscère ; la tête en occupe le fond.

Dans cette position forcée et qui, ainsi que la troisième, ne s'est peut-être jamais rencontrée, on conseille, si les genoux ne s'avançaient point assez pour faire espérer qu'ils s'engageront tout-à-fait, de les repousser au-dessus du pubis, et d'abaisser les pieds qui se trouveraient au-dessus ou dans la courbure du sacrum : on les dirigerait à droite ou à gauche du bassin.



PLANCHE LIII.

Première position des genoux.



PLANCHE LIV.

Deuxième position des genoux.





PLANCHE LV.

Troisième position des genoux.

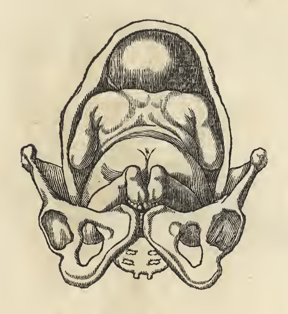


PLANCHE LVI.

Quatrième position des genoux.





PRÉSENTATION DES FESSES.

PREMIÈRE POSITION.

PLANCHE LVII. (page 360).

(Sur 12,751 enfants, 181 se sont présentés dans cette position).

Les lombes à gauche et en devant du bassin ; la face postérieure des cuisses et les pieds en arrière et à droite.

Les fesses offrant plus de volume, moins de solidité que la tête, pénètrent plus difficilement dans le bassin; lorsqu'elles s'y engagent, les téguments se rebroussent sur les bords de cette cavité et y font une espèce de bourrelet qui en ralentit la progression.

Dans la première position, les lombes sont derrière la cavité cotyloïde gauche; la hanche droite au-devant de la symphise sacro-iliaque du même côté, la hanche gauche répond au trou sous-pubien droit.

La face dorsale de l'enfant, répond à la paroi antérieure et latérale gauche, sa face sternale à la paroi postérieure et latérale droite ; la tête est sous le fond.

Les fesses s'engagent dans la direction où

elles sont situées ; la hanche droite descend jusqu'aux ligaments iskiatiques gauches, la hanche gauche remonte derrière le pubis droit ; la première va se loger dans la courbure du sacrum, et s'avance en suivant les plans inclinés du bassin jusques sur le bord antérieur du périné, tandis que l'autre hanche reste appuyée derrière la symphise du pubis, comme elle est représentée sur la planche 57 ; la hanche droite franchit la vulve la première, pendant que la hanche gauche se contourne sur le bord inférieur du pubis, et se dégage à son tour ; les cuisses et les jambes appliquées sur la face sternale de l'enfant, se dégagent avec le tronc ; il en est de même dans les trois autres positions.

Quand les fesses tardent trop à s'engager, on applique un doigt, en forme de crochet, sur le pli de l'aine qui répond au sacrum, et l'on tire dessus de haut en bas.

Si l'on ne pouvait parvenir à faire descendre ainsi la hanche, il faudrait faire usage du crochet mousse, appliqué de même dans le pli de l'aine.

Dans le cas où il surviendrait des accidents, et que les fesses n'auraient point encore fran-

chi l'orifice de l'utérus, il faudrait de la main gauche, les repousser au-dessus du détroit supérieur, suivre la cuisse et la jambe droite de l'enfant, jusqu'aux pieds, pour les amener dans la première position de ces extrémités.

(Voyez la Ire. Pon. des pieds et tous ses Temps).

DEUXIÈME POSITION DES FESSES.

PLANCHE LVIII. (page 361).

Les lombes à droite du bassin ; la face postérieure des cuisses et les pieds à gauche.

Dans cette position la hanche droite est derrière la cavité cotyloïde gauche ; et la hanche gauche, au-devant de la symphise sacro-iliaque droite ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi postérieure et latérale gauche de cet organe ; la tête en occupe le fond.

La hanche gauche descend au-devant de l'échancrure, puis des ligaments sacro-iskiatiques droits, va se placer dans la courbure du sacrum, et s'avance, en remontant au-devant du coccix et du périné, jusqu'à la vulve qu'elle franchit la première ; pendant que

la droite remonte, en passant derrière le trou sous-pubien gauche, comme elle est présentée *planche* 58. Cette hanche descend et s'engage à son tour sous l'arcade du pubis, et l'accouchement se termine comme dans la deuxième position des pieds.

Si l'on est obligé d'aller chercher les pieds, on introduit la main droite à gauche du bassin; on repousse les fesses sur la fosse iliaque droite, en suivant la cuisse et la jambe gauche de l'enfant, pour saisir les pieds que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités.

TROISIÈME POSITION DES FESSES.

PLANCHE LIX. (page 364).

(Sur 12,751 enfants, 3 se sont présentés dans cette position).

Les lombes en devant du bassin; les pieds en arrière.

La partie postérieure des cuisses se trouve en rapport avec les symphises sacro-iliaques; les lombes sont situées derrière les pubis; la hanche droite est à gauche du bassin; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus; sa face sternale à la paroi postérieure de ce viscère; la tête est sous le fond.

Lorsque l'enfant est peu volumineux, les lombes glissent derrière le pubis, et les fesses, arrivées dans l'excavation du bassin, se dirigent, l'une dans la courbure du sacrum, et l'autre derrière le pubis, comme dans l'une ou l'autre des deux positions précédentes.

Si les fesses s'engagent difficilement, on introduit l'une ou l'autre main, en suivant la direction du sacrum; on repousse les fesses au-dessus du pubis, et l'on dégage les pieds, comme dans la deuxième position de ces extrémités.

Dans le cas où les jambes seraient déployées sur la face antérieure du tronc de l'enfant, on dirigerait les doigts (si c'est de la main droite), du côté droit du bassin; on les appliquerait sur la hanche gauche, et le pouce, sur la hanche droite, de manière à embrasser l'extrémité inférieure du tronc, et à lui faire exécuter un mouvement de rotation, tendant à porter les fesses au-dessus de la fosse iliaque droite 1, et à tourner la face antérieure de l'enfant, du côté gauche de l'utérus; on irait ensuite prendre les pieds pour les abaisser comme dans la deuxième position de ces extrémités.

QUATRIÈME POSITION DES FESSES.

PLANCHE LX. (page 365).

(Sur 12,751 enfants, 6 se sont présentés dans cette position).

Les lombes en arrière; les pieds en devant du bassin.

On considère cette position comme étant beaucoup plus désavantageuse que les trois autres, et l'on conseille de ne rien attendre de la nature, à moins que l'enfant ne soit très-petit.

Cette position est l'inverse de la troisième ; les lombes sont appuyées sur l'angle sacro-vertébral ; la face antérieure des cuisses, derrière le pubis ; les jambes et les pieds au-dessus. La face sternale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face dorsale à la paroi postérieure de cet organe ; la tête en occupe le fond.

Il faut, de la main droite, si l'on préfère opérer de cette main, diriger les fesses sur la fosse iliaque droite 1, en même tems que la main gauche, appliquée à l'extérieur, repousse le fond de l'utérus, de droite à gauche, et de haut en bas (de A vers B), pour faciliter le mouvement de rotation, que l'on fait décrire

aux fesses, en les repoussant; on dirige les doigts le long de la partie postérieure des cuisses, jusqu'aux pieds, que l'on entraîne dans la deuxième position.

Si l'on avait été appelé trop tard, et que les fesses eussent déjà franchi l'orifice de l'utérus, il faudrait, de l'index de chaque main, accrocher les deux hanches, ou d'un doigt seulement, si l'on était gêné par la position des fesses; enfin, si les plis des aines étaient inaccessibles aux doigts, on ferait l'application des crochets mousses.

Mais si l'on trouvait le tronc engagé, sans avoir changé de direction, il faudrait se conduire comme il est recommandé pour la quatrième des pieds.

(Voyez cette position et ses 3 temps).

OBSERVATIONS.

On a dû remarquer que les premières et secondes positions des pieds et des fesses, se sont rencontrées beaucoup plus fréquemment que les troisièmes et quatrièmes des mêmes parties, et que la présentation des genoux doit être extrêmement rare;

Que dans chacune des *premières positions*

la face dorsale de l'enfant, répond à gauche de l'utérus ; que sa face sternale et les pieds répondent à droite ;

Que dans les *deuxièmes positions*, la face dorsale de l'enfant répond à droite de l'utérus ; que sa face sternale, et les pieds répondent à gauche ;

Que dans les *troisièmes positions*, la face dorsale de l'enfant, répond à la paroi antérieure de l'utérus ; que sa face sternale et les pieds répondent à la paroi postérieure de ce viscère ;

Que dans les *quatrièmes positions*, la face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; que sa face sternale et les pieds, répondent à la paroi antérieure de cet organe ; et que, dans toutes ces positions, la tête est en haut et les fesses en bas.

Enfin, que les règles à suivre pour dégager le tronc et la tête, dans les quatre différentes positions des *genoux* et des *fesses*, sont les mêmes que pour les quatre positions des *pieds* qui y correspondent.

PLANCHE LVII.

Première position des fesses.



PLANCHE LVIII.

Deuxième position des fesses.





PLANCHE LIX.

Troisième position des fesses.

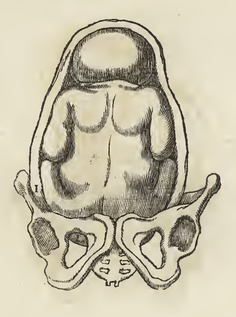


PLANCHE LX.

Quatrième position des fesses.





DE L'ACCOUCHEMENT
NON-NATUREL, OU CONTRE-NATURE.

L'accouchement contre-nature, est celui qui exige le changement de situation de l'enfant, par la seule opération de la main.

L'hémorrhagie abondante, quelqu'en soit le siége, les convulsions, les hernies irréductibles, l'atonie générale ou locale, une anévrisme, la présence du cordon ombilical, etc., sont autant d'accidents qui donnent lieu à l'accouchement contre-nature ; celui-ci, ainsi que l'accouchement naturel, peut également devenir laborieux, comme on l'a déjà remarqué dans le cas où l'enfant présente le sommet, les pieds, les genoux ou les fesses.

On se rappèlera qu'il ne faut pas attendre, pour faire la version de l'enfant, que la tête soit parvenue dans l'excavation du bassin, ni qu'elle ait franchi l'orifice de l'utérus ; ce viscère, dans ce dernier cas, est diminué, rapetissé de toute la portion de son col qui, auparavant, recouvrait la tête ; sa capacité ne peut plus contenir que le tronc qui est forte-

ment serré, pressé de toutes parts, et si l'on s'efforçait de faire rentrer dans l'utérus la partie qui en est sortie, on déchirerait cet organe, ou l'on séparerait son col d'avec le vagin ; pour la même raison, il ne faudrait pas tenter de repouser la tête, si elle était tout près de franchir l'orifice, parce que la seule introduction de la main, suffirait pour achever l'entier développement du cercle utérin, et pour le faire glisser au-delà, et jusques sur le col de l'enfant.

Quelle que soit la cause qui détermine à faire la version de l'enfant, il ne faut pas se hâter d'en débarrasser l'utérus ; ce viscère n'agissant que par gradation et par intervalle, on imitera son action, en faisant l'extraction de l'enfant lentement et graduellement.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Premiere position du Sommet ; *l'occiput en devant et à gauche* ; *les pieds à droite et en arrière.*

PLANCHE LXI. (page 380).

Premier Temps.

La face dorsale du fœtus répond à la paroi antérieure et latérale gauche de l'utérus, sa face

sternale, à la paroi postérieure et latérale droite de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté.

L'orifice étant très-dilaté, ou très-mol et dilatable, la femme étant couchée sur le dos, les fesses un peu élevées et sur l'extrémité du lit, on donne à la main qui doit opérer, la forme d'un cône ; on en introduit l'extrémité dans le vagin, pendant le tems d'une douleur, dans un état moyen, entre la pronation et la supination, c'est-à-dire, le revers de la main regardant le côté droit de la vulve ; on attend que la contraction soit cessée, pour faire pénétrer cette main dans l'orifice de l'utérus ; on l'y présente dans la supination, c'est-à-dire, le revers de la main regardant le sacrum et la face palmaire appliquée sur la tête de l'enfant que l'on repousse sur la fosse iliaque gauche.

PLANCHE LXIII. (page 386).

Deuxième Temps.

La tête étant placée au-dessus du détroit abdominal, la main introduite parcourt la face costale gauche de l'enfant jusqu'aux fesses du même côté ; puis ramenant la main en devant

sur la face postérieure de la cuisse, et de la jambe gauche, on entraîne le pied, ou tous les deux ensemble, jusqu'à la vulve.

Pendant que l'on va à la recherche des pieds, de la main droite, appliquée à l'extérieur, on repousse le fond de l'utérus vers la main qui opère pour en rapprocher, autant que possible, les extrémités que l'on se propose de saisir.

PLANCHE LXV. (page 388).

Troisième Temps.

Quand on n'a pu amener qu'un seul pied, on l'engage assez pour pouvoir y appliquer un lacs, afin de l'empêcher de remonter pendant que l'on va à la recherche de l'autre.

Pendant qu'on maintient le pied qui est à la vulve, on réintroduit la main gauche en suivant la face externe et postérieure de la jambe et de la cuisse dégagée jusqu'aux fesses, et l'on ramène la main sur la cuisse, la jambe, le pied droit : ces deux extrémités abaissées, l'enfant se trouve comme dans la deuxième position des pieds.

Toutes les fois que l'on est obligé de repousser la tête au-dessus de détroit abdominal,

pour aller à la recherche des pieds, il faut avoir l'attention de la maintenir dans la situation où on l'a placée, en la soutenant d'abord de la paume de la main, puis de l'avant-bras, à mesure que l'on approche des pieds. Lorsqu'on a saisi ces extrémités, on ne doit pas cesser de fournir le même point d'appui à la tête, afin de l'empêcher de retomber et de s'engager en même tems que l'on fait descendre les parties inférieures de l'enfant.

PLANCHE LXVII. (page 392).

Troisième Temps.

Mais si malgré les précautions que l'on a prises pour empêcher de redescendre la tête, elle vient se présenter de nouveau dans le détroit supérieur, ce qui ne pourrait avoir lieu que dans le cas où l'enfant serait très-peu volumineux, en comparaison des dimensions du bassin, il faudra appliquer un lacs sur les deux pieds dégagés, et pendant qu'on les tiendra fixés de la main gauche, on repoussera de la main droite, la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche, où on l'avait d'abord placée.

Non-seulement, comme dans le cas énoncé ci-

dessus, la tête peut s'engager en même tems que les pieds, dans le détroit abdominal, mais il est possible encore que la présence d'une main, vienne ajouter à la difficulté de faire avancer les pieds; dans cette supposition, il faudrait, si la main était peu avancée, la repousser au-dessus de la tête, pendant une contraction; mais si elle était engagée dans l'orifice, il faudrait appliquer un lacs sur le poignet qui se présente: en tirant sur les pieds, il faudrait avoir l'attention de faire tenir ce lacs d'une manière lâche, pour permettre au bras de remonter à mesure, et au même degré, que l'on dégage les extrémités inférieures.

Deuxième position du Sommet, *l'occiput en devant et à droite*; *les pieds à gauche et en arrière.*

planche lxii. (page 381).

Premier Temps.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus; sa face sternale à la paroi postérieure et latérale gauche de cet organe; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté.

Pour faire la version de l'enfant, on introduit

la main droite à gauche du bassin, puis on repousse l'occiput sur la fosse iliaque droite.

PLANCHE LXIV. (page 385).

Deuxième Temps.

On maintient la tête sur la fosse iliaque droite, en la soutenant de la paume de la main, puis de l'avant-bras, à mesure que l'on parcourt la face costale droite de l'enfant jusqu'aux fesses; puis on ramène la main sur la face postérieure de la cuisse et de la jambe droite jusqu'au pied que l'on entraîne à la vulve.

PLANCHE LXVI. (page 389).

Troisième Temps.

De la main gauche, on retient le pied que l'on a amené; on réintroduit la main droite, en suivant cette extrémité dégagée, jusques sur les fesses; on redescend la main sur la cuisse, la jambe et le pied gauche que l'on abaisse comme le premier. Les deux pieds dégagés, l'enfant se trouve situé comme dans la première position de ces extrémités.

(Voyez la prem. position de pieds et tous ses temps).

Dans le cas où la tête s'engagerait en même

tems que les jambes, il faudrait la repousser de la main gauche jusques sur la fosse iliaque droite, où on l'avait portée avant d'aller à la recherche des pieds.

(Voyez planche 68, page 393).

Troisième position du Sommet, *l'occiput derrière ou au-dessus des pubis*; *les pieds en arrière.*

planche lxix. (page 395).

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi postérieure de cet organe ; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté.

On peut se servir de l'une ou de l'autre main ; si c'est de la droite, on repousse la tête sur la fosse iliaque droite 1, comme dans la deuxième position du sommet, en lui faisant décrire un mouvement de rotation, tendant à tourner la face en regard de la fosse iliaque gauche ; on parcourt ensuite le côté droit 2, de l'enfant, jusqu'au pied de ce côté que l'on entraîne dans le vagin : on se conduira du reste, comme dans la deuxième position du sommet, et comme dans la première position des pieds.

Si l'on opérait de la main gauche, on repousserait la tête sur la fosse iliaque gauche; on suivrait le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied du même côté, que l'on abaisserait dans la deuxième position des pieds, comme à l'occasion de la première du sommet.

QUATRIÈME POSITION DU SOMMET, *l'occiput en arrière et à droite*; *les pieds en devant et à gauche.*

PLANCHE LXX. (page 398).

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure et latérale droite de l'utérus; sa face sternale à la paroi antérieure et latérale gauche de cet organe; les pieds et les fesses sont sous le fond du même côté.

On procède, pour la version de l'enfant, comme à l'occasion de la seconde position du sommet : dans l'un et l'autre cas, on repousse le sommet sur la fosse iliaque droite, on parcourt avec la main droite, le côté, la hanche, la fesse jusqu'au pied droit de l'enfant, que l'on dirige dans la première position de ces extrémités.

(Voyez la 2e. position du sommet, planche 64, pag. 385, et la 1re. des pieds, planche 27, page 265.)

CINQUIÈME POSITION DU SOMMET, *l'occiput en arrière et à gauche*; *les pieds à droite, et en devant.*

PLANCHE LXXI. (page 399).

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus; sa face sternale à la paroi antérieure et latérale droite de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté.

Pour cette position (l'inverse de la précédente), on se conduit comme à l'égard de la première position du sommet ; on introduit la main gauche du côté droit du bassin ; on repousse la tête sur la fosse iliaque gauche, puis on parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied du même côté, que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités.
(Voyez planche 26, page 273).

SIXIÈME POSITION DU SOMMET, *l'occiput en arrière*; *les pieds en devant.*

PLANCHE LXXII. (page 401).

La face dorsale de l'enfant, répond à la paroi postérieure de l'utérus; sa face sternale à la paroi antérieure de ce viscère; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté.

Si l'on opère de la main droite, on repoussera le sommet sur la fosse iliaque droite 1, la face regardant le côté gauche du bassin, comme dans la deuxième position du sommet ; on suivra le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied du même côté 2, que l'on abaissera dans la première position de ces extrémités.

(Voyez planche 25, page 272).

REMARQUES.

On a recommandé d'opérer de la main gauche, dans les première et cinquième positions, parce que les pieds de l'enfant sont situés du côté droit de la mère ; et le côté droit de la mère, répondant au côté gauche de la personne chargée de faire l'accouchement, *et vice versâ* ; la main qui va à la recherche des pieds, se trouve plus près de ces extrémités.

Par ce procédé, on a l'avantage de pouvoir abaisser les membres inférieurs sur la partie antérieure du tronc, sens dans lequel l'enfant est susceptible de la plus grande flexion, comme nous l'avons déjà fait remarquer, en parlant des rapports de l'enfant avec ceux de l'utérus ; et si dans ces deux cas (la 1re. et la 5e. positions du sommet), on opérait

de la main droite, on serait obligé de suivre le dos de l'enfant jusques aux fesses, et de le renverser en arrière pour atteindre aux pieds: ce qui ne pourrait s'exécuter que très-difficilement, encore s'exposerait-on à faire périr l'enfant, et à rompre l'utérus, surtout, si les eaux étaient évacuées depuis long-tems.

Dans les 2e. et 4e. du sommet, on a recommandé d'introduire la main droite, pour aller prendre les pieds, par la même raison que nous venons de dire; les extrémités de l'enfant étant du côté gauche de la mère, ils sont plus près de la main qui doit les saisir.

Pour les 3e. et 6e. positions du sommet, comme généralement on a plus l'habitude de se servir de la main droite que de la main gauche, on a conseillé de se conduire à l'égard de ces deux positions, comme dans les 2e. et 4e.; de sorte que, dans les 2e., 3e., 4e. et 6e., on se sert généralement de la main droite, pour opérer, et l'on ramène les extrémités à la 1re. position des pieds, et dans les 1re. et 5e. positions seulement, on se sert de la main gauche, pour aller chercher les pieds que l'on abaisse dans la 2e. position de ces extrémités.



PLANCHE LXI.

Accouchement Contre-Nature.

Première position du sommet.

Premier Temps.

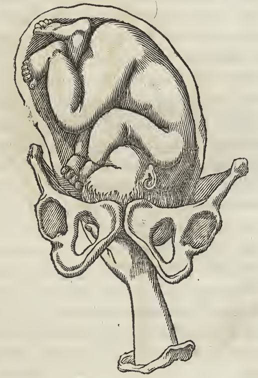


PLANCHE LXII.

Accouchement Contre-Nature.

Deuxième position du sommet.

Premier Temps.

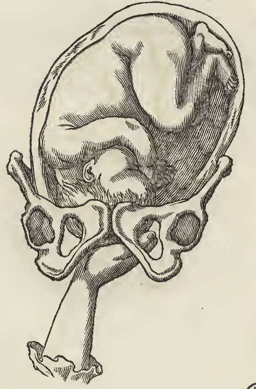




PLANCHE LXIII.

Accouchement Contre-Nature.

Première position du sommet.

Deuxième Temps.

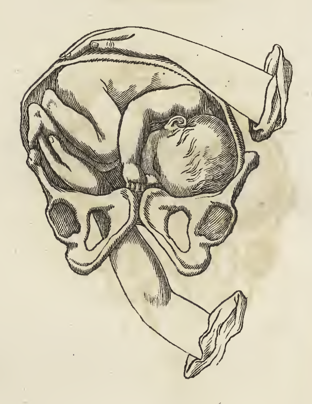


PLANCHE LXIV.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Deuxième position du sommet.

Deuxième Temps.

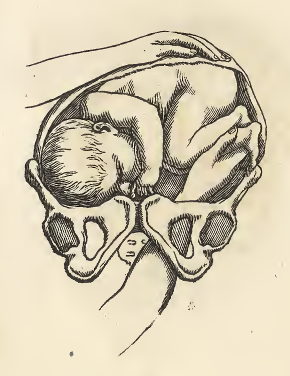


PLANCHE LXV.

Accouchement Contre-Nature.

Première position du sommet.

Troisième Temps.

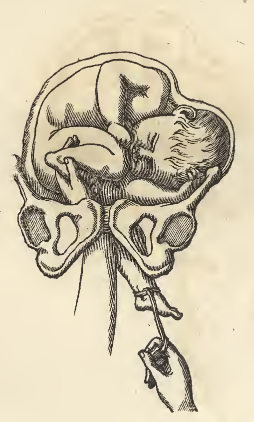


PLANCHE LXVI.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Deuxième position du sommet.

Troisième Temps.

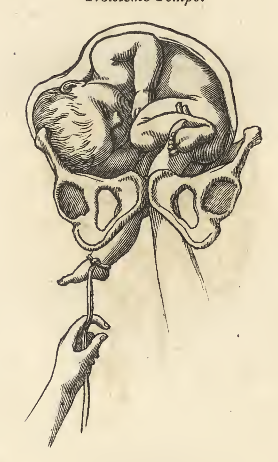




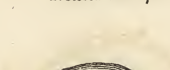


PLANCHE LXVII.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Première position du sommet.

Troisième Temps.



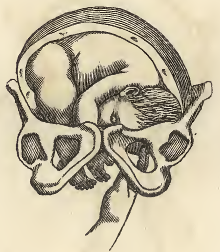


PLANCHE LXVIII.

Accouchement Contre-Nature.

Deuxième position du sommet.

Troisième Temps.

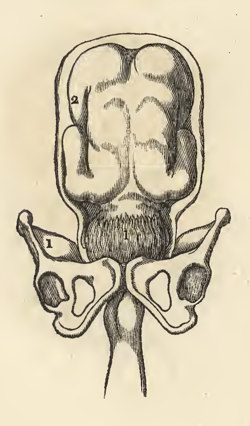




PLANCHE LXIX.

Accouchement Contre-Nature.

Troisième position du sommet.





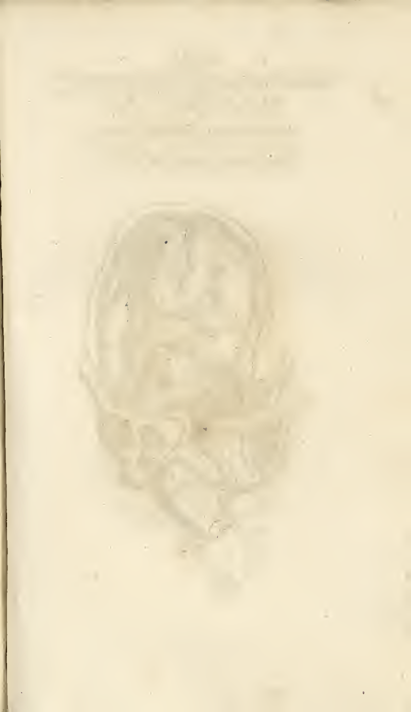


PLANCHE LXX.

Accouchement Contre-Nature.

Quatrième position du sommet.



PLANCHE LXXI.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Cinquième position du sommet.





PLANCHE LXXII.

Accouchement Contre-Nature.

Sixième position du sommet.





ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

PRÉSENTATION DE LA FACE.

Il arrive rarement que la face se présente au commencement du travail (1) ; c'est presque toujours le front qui, au lieu de remonter vers le haut de l'une ou l'autre paroi postérieure du bassin, s'avance au centre de cette cavité, et s'engage de plus en plus, en suivant une marche rétrograde, comme il arrive quelquefois dans la première et la seconde position du sommet, accompagné d'obliquité

(1) A l'ouverture du cadavre d'une femme morte enceinte dans un accès de convulsion, une heure après son entrée à l'hospice, nous avons vu le fœtus, à terme, situé de manière que le menton était à droite, le sommet à gauche du bassin ; l'oreille droite derrière le pubis, et l'oreille gauche au-devant du sacrum. Sa surface dorsale répondait à la paroi latérale gauche de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi latérale gauche de ce viscère, situation qui constitue la troisième position de la face ; le col était fort gros et très-tuméfié ; l'occiput fortement appliqué sur le dos. L'utérus contenait environ un kilogramme de fluide ; l'orifice était exactement fermé, et ses bords très-épais.

*

latérale de l'utérus. Lorsque le fond de ce viscère est incliné du côté où se trouve l'occiput, la direction des forces expulsives de ce viscère tendent à faire descendre le front le premier, parce que l'axe de l'utérus traverse obliquement la tête, de sa base au vertex, et de l'occiput au front; de sorte que, à chaque contraction, le menton s'éloigne de la poitrine, le front s'avance au centre du bassin; s'il devait monter à droite, il descend à gauche de cette cavité; l'occiput se renverse de plus en plus sur le dos du fœtus (1); enfin, dans le dernier tems du travail, le plus souvent, la face vient occuper la place qu'aurait dû prendre le sommet; au lieu de l'occiput, c'est le menton qui se présente sous l'arcade du pubis.

PREMIÈRE POSITION DE LA FACE.

PLANCHE LXXIII. (page 416).

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

Le sommet sur les pubis ; le menton sur sacrum.

Le côté gauche de la tête répond au côté gau-

(1) Voyez planche XVIII, pag. 228.

che du bassin, et le côté droit, au côté droit de cette cavité ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi postérieure de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond, du même côté.

Nous allons essayer d'exposer le plus succinctement possible, les différents moyens que l'on a proposés soit pour ramener la tête à une meilleure situation, soit pour terminer l'accouchement.

Premier moyen.— Repousser le menton au-dessus de la saillie du sacrum, afin de déterminer l'occiput à descendre le long de la face interne des pubis, ou derrière la cavité cotyloïde de l'un ou l'autre côté : ce que l'on ne doit tenter que quand la tête est peu volumineuse, et lorsqu'on s'est aperçu qu'elle jouit d'une sorte de mobilité.

Deuxieme moyen. — De la main droite, repousser le menton au-dessus de la saillie du sacrum ; reporter la tête sur la fosse iliaque droite, de manière que la face regarde le côté gauche du bassin ; puis suivre le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on

abaisse dans la première position de ces extrémités.

(Voyez planche 73, page 416).

TROISIÈME MOYEN. — Lorsque la face est engagée depuis long-tems dans le détroit abdominal, et qu'aucune des deux premières tentatives n'ont eu de succès, on conseille d'insinuer le levier derrière la symphise du pubis, pour tâcher, de l'extrémité courbe de l'instrument, d'accrocher l'occiput, et pendant que d'une main on tire sur le manche, de l'extrémité des doigts de l'autre main, appliquée de chaque côté de la face, on repousse le menton au-dessus du sacrum.

QUATRIÈME MOYEN. — Si l'on n'avait pu parvenir à faire exécuter à la tête son mouvement de bascule, il faudrait appliquer les branches du forceps de chaque côté de la tête, comme à l'occasion de la troisième position du sommet.

(Voyez planche 21, page 240).

Mais de tous ces moyens, le seul qu'on puisse raisonnablement tenter, celui qui donne le plus d'espoir de succès, est la version de l'enfant par les pieds, lorsque la tête

n'a franchi ni l'orifice de l'utérus, ni le détroit abdominal.

DEUXIÈME POSITION DE LA FACE.

PLANCHE LXXIV. (page 417).

(Ce cas ne s'est pas présenté une seule fois sur 12,751 accouchements).

Le front sur la saillie du sacrum ; le menton sur les pubis.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi antérieure de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond, du même côté.

PREMIER MOYEN. — Pour ramener la tête à une meilleure position il faut introduire l'une ou l'autre main, dans la direction du sacrum, embrasser exactement l'occiput, pour l'entraîner dans l'excavation, en même tems qu'on le dirige vers l'une ou l'autre paroi cotyloïdienne : ce qui, je crois, ne serait pas facile à exécuter.

DEUXIÈME MOYEN. — De la main droite repousser la tête au-dessus du détroit supérieur, en dirigeant l'occiput sur la fosse iliaque droite ; suivre le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds, que

l'on abaisse dans la première position de ces extrémités.

(Voyez planche 74, p. 417).

Troisième moyen. — Si l'on ne pouvait entraîner l'occiput, ni repousser la tête pour aller chercher les pieds, il faudrait essayer de faire remonter la face derrière la symphise du pubis, au moyen de la main, jusqu'à ce que l'occiput fut descendu dans la courbure du sacrum : l'accouchement alors se terminerait comme dans la sixième position du sommet.

(Voyez planche 72, page 401).

Quatrième moyen. — Si de la main on n'avait pu opérer ce mouvement de bascule, on insinuerait l'extrémité courbe du levier, le long du sacrum, jusques sur l'occiput que l'on entraînerait, en même tems que de quelques doigts, on repousserait la face derrière les pubis.

Cinquième moyen. — L'application du forceps de chaque côté de la tête, comme dans la sixième position du sommet, et diriger l'instrument, de manière à placer la face en travers du bassin; puis ensuite ramener le menton sous l'arcade du pubis.

(Voyez planche 24, page 250).

Mais la version de l'enfant par les pieds, doit être préférée toutes les fois qu'elle est pratiquable.

TROISIÈME POSITION DE LA FACE.

PLANCHE LXXV. (page 420.)

(Sur 12,751 enfants, 22 se sont présentés dans cette position).

Le menton à droite ; le sommet à gauche.

Le plus souvent, quand le bassin est bien conformé, l'accouchement se termine sans autre secours que ceux de la nature. Pendant les contractions, le menton remonte de droite, où il est situé, vers le trou sous-pubien du même côté. Parvenu à ce point, la tête exécute un mouvement de rotation, et le menton se trouve sous l'arcade du pubis ; la face se présente au centre de la vulve ; le sommet occupe la courbure du sacrum et le périné ; le devant du col vient s'appuyer sur le bord inférieur de la symphise du pubis. Après que la face a franchi l'arcade pubienne, le front et le sommet se dégagent successivement, en remontant le long de la face interne du périné ; à mesure le menton s'élève au-devant des pubis, comme fait l'occiput, quand c'est lui qui s'est dégagé le premier.

Lorsque la tête a franchi la vulve, le menton se tourne vers l'aîne droite de la mère, situation qu'elle avait dans le bassin : les épaules se dégagent comme dans la cinquième position du sommet.

Quand le travail se prolonge, l'art indique les moyens suivants :

Premier moyen. — Il faut introduire la main droite, à gauche du bassin, dans la direction de la symphise sacro-iliaque de ce côté, jusqu'au-dessus de l'occiput que l'on accroche de l'extrémité des doigts, en retirant la main, de haut en bas, et de derrière en devant, de manière à ramener l'occiput derrière le trou sous-pubien gauche ; l'on abandonne ensuite l'accouchement à la nature.

Deuxième moyen. — Introduire la main gauche à droite du bassin ; puis de toute cette main, embrasser la face pour la porter sur la fosse iliaque gauche ; ensuite parcourir le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la 2e. position de ces extrémités.

(Voyez pl. 27 et 75, pag. 276 et 420.)

Troisième moyen. — Dans le cas où l'on ne pourrait introduire la main, soit pour accro-

cher l'occiput, soit pour repousser la face, dans la vue d'aller chercher les pieds, on ferait l'APPLICATION DU LÉVIER.

On introduit cet instrument vers le côté gauche du bassin jusques sur l'occiput ; on tire dessus, de haut en bas et de gauche à droite de la femme, en même tems que l'on repousse la face, au moyen de quelques doigts de la main droite, ayant le pouce de cette même main, fixé sur le manche de l'instrument, pour en faire le centre du mouvement que l'on veut faire exécuter à la tête ; on continue de faire des tractions de la main gauche, pour faire descendre l'occiput, et l'amener derrière le trou sous-pubien gauche.

(Voyez planche 76, page 421).

On pourrait peut-être se servir avec autant d'avantage, de la branche mâle du forceps.

QUATRIÈME MOYEN. — *Application du forceps.* — Introduire la branche mâle à gauche et en arrière du bassin, et la ramener en suivant la paroi latérale de cette cavité, du même côté, jusques derrière les pubis ; introduire la branche femelle le long de la courbure du sacrum, de manière que les cuillers embrassent chaque côté de la tête, et que leur

bord échancré regarde la mâchoire inférieure. L'application faite et les branches réunies, on tire sur le manche de haut en bas et de gauche à droite de la femme ; ensuite on dirige l'instrument de manière à ramener le menton sous l'arcade du pubis, et le front sur le bord antérieur du périné.

QUATRIÈME POSITION DE LA FACE.

PLANCHE LXXVI. (page 421).

(Sur 12,751 enfants, 17 se sont présentés dans cette position).

Le front, le sommet à droite du bassin ; le menton, les pieds à gauche.

L'accouchement se termine ordinairement seul, comme dans la 3e. position de la face ; dans ce cas-ci, le menton s'avance en remontant de gauche en devant, pour se placer sous l'arcade du pubis, et la face se dégage la première ; mais si le travail se prolongeait ou qu'il survint des accidents, il faudrait avoir recours aux moyens suivants :

PREMIER MOYEN. — Introduire la main gauche dans la direction de la symphise sacro-iliaque droite, jusques sur l'occiput, l'accrocher de plusieurs doigts, le ramener vers la base de l'ilium, puis vers le trou sous-pubien du même côté ; et si les contractions de l'uté-

rus continuent d'avoir lieu, l'accouchement pourra se terminer seul.

Deuxième moyen. — Introduire la main droite dans l'utérus, à gauche du bassin, pour repousser la face sur la fosse iliaque droite; ensuite parcourir le côté droit de l'enfant, jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités.

(Voyez planche 77, page 424).

Troisième moyen. — On appliquera le levier ou la branche femelle du forceps ; on introduit l'un ou l'autre de ces instruments, le long du sommet de la tête, jusques sur l'occiput ; on saisira l'instrument le plus près possible de la vulve, et l'on tirera dessus, de haut en bas, et de gauche à droite de la femme, pour faire descendre l'occiput, et l'amener derrière le trou sous-pubien droit.

Quatrième moyen. — En supposant que l'emploi des moyens précédents eussent été sans succès, on appliquerait le forceps sur les côtés de la tête.

On introduira la branche femelle la première, dans la direction de la symphise sacro-iliaque droite ; on la dirigera au-devant de la

base de l'ilium, puis derrière le trou sous-pubien, et enfin, derrière les pubis sur le côté gauche de la tête : on introduira la branche mâle le long de la courbure du sacrum, jusqu'au-dessus de l'oreille droite, de manière que, la jonction des branches étant faite, le bord échancré des cuillers regarde la mâchoire inférieure de l'enfant.

Il faut tirer sur l'instrument de haut en bas et de droite à gauche de la femme, pour faire descendre le front ; ensuite on relevera le manche, de gauche en devant, pour amener le mentou sous l'arcade du pubis, et favoriser la sortie de la tête dans la direction qu'elle prend d'elle-même dans l'accouchement naturel de cette 4e. position.

(Voyez planche 78, page 425).

PLANCHE LXXIII.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Première position de la face.



PLANCHE LXXIV.

Accouchement Contre-Nature.

Deuxième position de la face.



PLANCHE LXXV.

ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

Troisième position de la face.

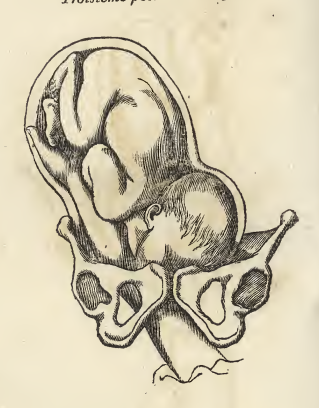


PLANCHE LXXVI.

APPLICATION DU LEVIER.

Troisième position de la face.

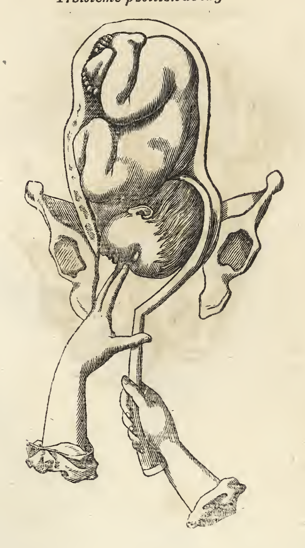






PLANCHE LXXVII.

Quatrième position de la face.

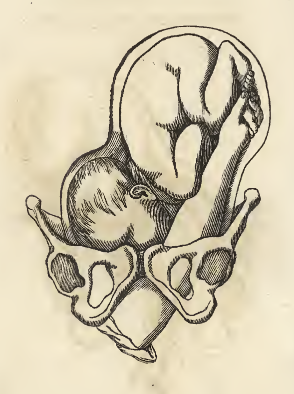


PLANCHE LXXVIII.

Application du Forceps.

Quatrième position de la face.





ACCOUCHEMENT CONTRE-NATURE.

L'enfant présentant les régions de sa surface sternale ou antérieure.

PREMIÈRE POSITION *du devant du col et du devant de la poitrine.*

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans aucune position de cette région).

PLANCHE LXXIX. (page 434).

Ces positions étant à-peu-près les mêmes, tant par les rapports de l'enfant avec l'utérus et le bassin, que par la manière d'opérer l'accouchement. Nous avons pensé qu'il suffirait d'en représenter une des deux, pour ne pas multiplier inutilement les gravures, et pour donner une idée assez claire de la presque impossibilité d'une telle situation de l'enfant.

Dans la première position du col, le menton est appuyé sur les pubis, et les clavicules sur la saillie du sacrum; les rapports de l'enfant avec l'utérus sont tels, que sa face dorsale répond à la paroi antérieure de ce viscère, sa face costale gauche à la paroi latérale gauche; sa face sternale répond à la paroi postérieure; les pieds et les fesses du même côté.

Dans la première position du devant de la poitrine, les clavicules sont appuyées sur les bords du pubis ; l'appendice du sternum sur l'angle sacro-vertébral ; la face costale gauche regarde le côté gauche du bassin ; les rapports de l'enfant avec l'utérus, sont à-peu-près les mêmes que dans la première du col. Dans l'une et l'autre, la tête est en devant du bassin ; les fesses et les pieds en arrière. Dans ces deux cas, on peut, indistinctement, faire usage de l'une ou l'autre main pour aller chercher les pieds : Si l'on se sert de la droite pour opérer, on dirige les doigts vers la hanche droite de l'enfant qui répond au côté droit de la mère ; on accroche cette hanche et on l'entraîne du côté gauche, en suivant la cuisse droite jusqu'au pied du même côté ; on l'abaisse, ou tous les deux, jusqu'à la vulve.

On doit avoir l'attention, pendant que l'on opère, de tenir la main gauche appuyée sur l'abdomen de la mère, à l'endroit où est située la tête pour la repousser vers le haut, à mesure que l'on dégage les extrémités qui doivent se trouver dans la première position des pieds, après les avoir amenés à la vulve.

Deuxième Position *du devant du col et du devant de la poitrine.*

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans l'un ni dans l'autre cas).

PLANCHE LXXX. (page 435).

Dans la deuxième position du col, le menton est situé à droite ou à gauche de l'angle sacro-vertébral; les clavicules appuyées sur les pubis; la face costale droite de l'enfant regardant le côté gauche du bassin ; enfin, la tête est en arrière ; les fesses et les pieds en devant.

Dans la deuxième position du devant de la poitrine, les clavicules sont sur la saillie du sacrum ; l'appendice sternale sur les pubis ; la face costale regardant le côté gauche du bassin ; la tête en arrière ; les fesses et les pieds en devant.

Dans la deuxième position du devant du col, si la face est à droite de la colonne lombaire , on introduit la main droite jusqu'au-dessus de l'oreille droite de l'enfant, on repousse la tête sur la fosse iliaque droite, sur le bord de laquelle elle se trouve appuyée, pendant que de l'autre main appliquée sur l'abdomen de la femme, on incline le fond de l'u-

térus, à gauche, pour rapprocher les extrémités vers la main introduite ; on accroche le genou droit 1, puis l'on saisit le pied de ce côté, que l'on abaisse le plus possible, après avoir fixé celui-ci avec un lacs ; on va à la recherche de l'autre, et l'on termine l'accouchement, comme dans la première position des pieds.

Si la face est située à gauche de la colonne lombaire, on introduit la main gauche jusques sur le côté gauche de la tête, que l'on repousse sur la fosse iliaque gauche, tandis que la main droite, à l'extérieur, repousse le fond de l'utérus vers le côté droit de la femme ; on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'au pied du même côté, que l'on amène à la vulve : on termine l'accouchement comme dans la deuxième position des pieds.

Dans le cas où ce serait la poitrine, on emploierait l'un ou l'autre moyen recommandé ci-dessus. Si l'on opérait de la main droite, on repousserait la poitrine à droite, et l'on inclinerait le fond de l'utérus à gauche, *et vice versâ*.

Troisième Position *du devant du col et du devant de la poitrine.*

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

PLANCHE LXXXI. (page 438).

Dans la troisième position du devant du col, la face est sur la fosse iliaque gauche ; le devant de la poitrine à droite ; la face dorsale de l'enfant, répond à la paroi latérale gauche de l'utérus ; sa face sternale à la paroi latérale droite de ce viscère ; les pieds et les fesses sont du même côté.

Dans la troisième position du devant de la poitrine, le devant du col est sur la fosse iliaque gauche et le ventre sur la fosse iliaque droite ; le côté droit de l'enfant répond au pubis, le côté gauche au sacrum : les rapports de l'enfant avec l'utérus, sont à-peu-près les mêmes que dans la troisième position du devant du col.

Pour faire la version de l'enfant, dans l'un et l'autre cas, on introduit la main gauche du côté droit du bassin ; on l'insinue au-dessous de la poitrine de l'enfant, en gagnant le côté gauche, la hanche, la cuisse et le pied du même côté : on les saisit tous les deux, s'il est possible, et on les engage dans la deuxième position de ces extrémités.

Quatrième Position *du devant du col et de la poitrine*.

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

PLANCHE LXXXII. (page 439).

Dans la quatrième position du *devant du col*, la face est sur la fosse iliaque droite, la poitrine sur la fosse iliaque gauche ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus ; sa face sternale à la paroi latérale gauche de ce viscère ; les pieds et les fesses sont du même côté.

Dans la quatrième du *devant de la poitrine*, le col est sur la fosse iliaque droite, le ventre de l'enfant, sur la fosse iliaque gauche ; les fesses et les pieds, du même côté.

On opère, dans l'un et l'autre de ces cas, de la main droite que l'on glisse au-dessous de la poitrine, pour gagner le côté droit, la hanche, la cuisse et le pied du même côté, ou tous les deux, que l'on amène dans la première position de ces extrémités.


28

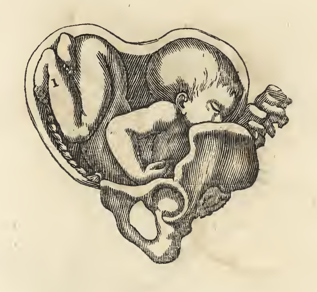
PLANCHE LXXIX.

Première position du devant du col ou du devant de la poitrine.



PLANCHE LXXX.

Deuxième position du devant de la poitrine.





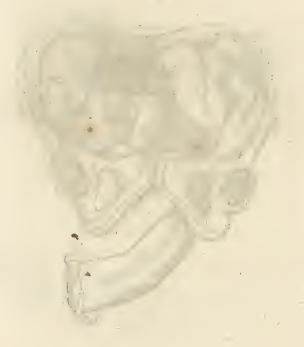


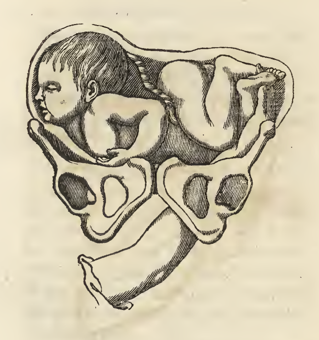
PLANCHE LXXXI.

Troisième position du devant de la poitrine.



PLANCHE LXXXII.

Quatrième position du devant de la poitrine.





PREMIÈRE POSITION *du ventre et du devant des cuisses.*

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans l'une ni dans l'autre de ces positions).

PLANCHE LXXXIII. (page 448).

Dans la première position du ventre, l'appendice sternale est appuyée sur les pubis ; la région inférieure du ventre sur l'angle sacro-vertébral ; le tête est en devant et les pieds en arrière : le côté gauche de l'enfant, répond au côté gauche du bassin.

Dans la première position du devant des cuisses, le ventre de l'enfant est appuyé sur les pubis ; les genoux sont au-dessus de l'angle sacro-vertébral ; la face sternale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face dorsale répond à la paroi postérieure ; sa face costale gauche répond à la paroi latérale gauche de ce viscère ; la tête est presque sous le fond.

(Voyez planche 83, page 448.)

Si, dans le premier cas, l'enfant a les cuisses fléchies et appuyées sur le ventre, de l'une ou l'autre main on accroche les genoux, pour les faire descendre dans l'excavation du bassin.

Si les cuisses sont développées, allongées, on portera la main jusques au-dessus du sacrum, et l'on amenera au centre du bassin, la partie que l'on aura pu saisir (le pied ou le genou), comme si elle se fût présentée d'elle-même ; puis l'on ira chercher l'autre, pour terminer l'accouchement, comme dans les prem. et deuxième positions des pieds.

On se conduira de même, pour la première position du devant des cuisses.

Deuxième Position du ventre et du devant des cuisses.

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans l'une ni dans l'autre de ces positions).

Planche lxxxiv. (page 449).

Dans la première position du ventre, l'appendice du sternum est appuyée sur la saillie sacro-vertébrale ; et la région inférieure du ventre, au-dessus du pubis ; la tête est en arrière et les pieds en devant : le côté droit de l'enfant répond au côté gauche du bassin.

(Voyez planche 20, page 237).

Dans la seconde position du devant des cuisses, les genoux sont appuyés sur les pubis, et la région inférieure du ventre, sur la

colonne lombaire ; le côté droit de l'enfant répond au côté gauche du bassin ; la tête est en arrière et les pieds en devant.

Lorsque les membres abdominaux sont déployés ; que la face postérieure des jambes est appliquée sur la face postérieure des cuisses, comme il est représenté planche 84, il serait difficile de parvenir aux genoux, et encore plus, aux pieds. Si l'on opère au moment de la rupture des membranes, on tâchera de repousser la poitrine au-dessus des lombes de la mère, pour faire avancer les genoux derrière les pubis ; si l'on y réussit, on accroche le pli du jarret de l'un ou l'autre genou, en le dirigeant vers la courbure du sacrum ; par ce procédé, le pied se trouvera en même tems dégagé : on ira à la recherche de l'autre, de la même manière, et l'on terminera l'accouchement comme dans les première ou la deuxième des pieds.

La conduite est la même pour la deuxième position du devant des cuisses.

Troisième Position du ventre et du devant des cuisses, *la poitrine et la tête à gauche; les jambes et les pieds à droite du bassin.*

(Sur 12,751 enfants, 3 se sont présentés dans cette position).

Planche LXXXV. (page 452).

Lorsque l'on a reconnu la position, on introduit la main gauche jusques aux genoux, que l'on accroche d'un ou de plusieurs doigts pour les entraîner dans l'excavation du bassin; on suppose que les cuisses sont développées; mais si elles étaient fléchies, appliquées sur le ventre de l'enfant, les genoux se trouveraient presque au centre du bassin, comme dans la deuxième position de ces extrémités, représentée planche 54, page 345. on saisirait alors les pieds qui se trouveraient sur la fosse iliaque droite, et on les abaisserait dans la deuxième position des pieds.

Si l'on avait introduit la main droite avant de reconnaître la position, il faudrait la diriger du côté droit du bassin, où sont situés les genoux et les pieds, et amener l'un ou l'autre comme on aurait fait avec la main gauche.

Même procédé pour la troisième du devant des cuisses.

Quatrième Position du ventre et du devant des cuisses ; *la tête et la poitrine à droite ; les pieds à gauche du bassin.*

PLANCHE LXXXVI. (page 453).

Quand on a reconnu la position, il faut introduire la main droite pour prendre les genoux ou les pieds qui sont à gauche ; si c'est la main gauche, que l'on a introduite, on la dirige à gauche du bassin, jusques sur la partie que l'on se propose d'abaisser, comme dans la première position des pieds.

Même procédé pour la quatrième position du devant des cuisses.

PLANCHE LXXXIII.

Première position du ventre.



PLANCHE LXXXIV.

Deuxième position du devant des cuisses.



PLANCHE LXXXV.

Troisième position du ventre.



PLANCHE LXXXVI.

Quatrième position du ventre.



Présentation des régions de la surface dorsale ou postérieure de l'enfant à l'orifice de l'utérus.

POSITIONS DE L'OCCIPUT.

Première Position.

PLANCHE LXXXVII. (page 462).

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

Le sommet appuyé sur la saillie du sacrum et le cervix sur les pubis.

La fontanelle occipitale se trouve au-devant du sacrum ; le bord postérieur du pavillon des oreilles regarde le fond du bassin ; le côté droit de la tête , regarde le côté droit de cette cavité ; la face dorsale de l'enfant, répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi postérieure de ce viscère : les pieds et les fesses en occupent le fond.

Cette position ne pouvant être occasionée que par l'extrême déviation antérieure de l'utérus, il faut tâcher de faire coïncider l'axe de ce viscère avec celui du bassin, en faisant coucher la femme à plat sur le dos ; on relève , on soutient en même tems l'abdomen avec la main appliquée à l'extérieur ; le tronc de l'en-

ſant étant de cette manière, porté vers le centre du bassin, le sommet de la tête pourra s'engager en glissant le long du sacrum.

Quand par ce procédé on ne peut obtenir le déplacement de la tête, il ſaut introduire une main, au-devant du sacrum, le long du sommet, jusqu'au front, que l'on accroche de l'extrémité des doigts ; on l'entraîne au-devant de la symphise sacro-iliaque droite ou gauche, afin que l'occiput se trouve placé derrière l'une ou l'autre cavité cotyloïde.

Lorsque les circonstances exigent la version de l'enfant, il faut introduire une main (je suppose la droite), comme si l'on se proposait de faire descendre la tête ; lorsqu'on l'a embrassée toute entière, on la repousse sur la ſosse iliaque droite, de manière que la ſace regarde la fosse iliaque gauche. A mesure que la main avance sur le tronc de l'enfant, on le dirige dans le même sens que la tête ; puis, on incline le fond de l'utérus à gauche, au moyen de la main appliquée à l'extérieur ; on continue de parcourir le côté droit de l'enfant, la hanche, la fesse et le pied de ce côté, que l'on abaisse, ou tous les deux, que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités.

DEUXIÈME POSITION DE L'OCCIPUT.

PLANCHE LXXXVIII. (page 463).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

Le sommet derrière les pubis, le cervix sur la saillie du sacrum.

La fontanelle occipitale et le bord supérieur du pavillon des oreilles, regarde le pubis ; le cervix est appuyé sur la saillie du sacrum ; le sommet, derrière les pubis ; le côté gauche de la tête regarde le côté droit du bassin ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi antérieure de ce viscère ; les fesses et les pieds en occupent le fond.

Comme on ne peut rien espérer de la nature dans ce cas, ni des tentatives que l'on pourrait faire pour changer la situation de la tête, il faut faire la version de l'enfant.

On introduit la main droite vers le côté gauche du bassin, et sur le côté droit de la tête ; on l'embrasse de toute la main ; on dirige l'occiput 1, vers la fosse iliaque droite de la femme ; puis, on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités.

TROISIÈME POSITION DE L'OCCIPUT.

PLANCHE LXXXIX. (page 466).

(Pas une seule fois, sur 12,751.)

Le sommet à gauche le cervix à droite.

Le côté gauche de la tête répond au pubis ; le côté droit au sacrum ; le sommet est appuyé sur la base de l'ilium gauche ; le derrière du col, sur la base de l'ilium droit ; le dos de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus ; sa surface antérieure, à la paroi latérale gauche ; les pieds et les fesses sont au fond.

L'obliquité latérale droite étant ordinairement la cause de cette situation de la tête, en faisant coucher la femme sur le côté gauche, on peut espérer que le sommet glissera le long de la paroi latérale gauche du bassin, et que l'occiput viendra se placer derrière la cavité cotyloïde droite ; situation qui constitue la deuxième position du sommet.

Lorsque la tête persiste à conserver sa situation primitive, on introduit la main droite du côté gauche du bassin, en l'insinuant le long du sommet, jusqu'au front, que l'on accroche pour faire descendre la tête dans la

deuxième position du sommet ; et l'on abandonne l'accouchement à la nature.

Quand des circonstances pressantes exigent la version de l'enfant, on introduit également la main droite, comme il vient d'être indiqué ; on passe l'extrémité des doigts sur le côté droit de la tête, et le pouce sur le côté gauche et on la porte sur la fosse iliaque droite ; puis on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la première position.

QUATRIÈME POSITION DE L'OCCIPUT.

PLANCHE LXXXX. (page 467).

(Pas une fois sur 12,751).

Le sommet à droite, le cervix à gauche.

Cette position est l'inverse de la troisième ; le dos de l'enfant répond à droite de l'utérus ; sa partie antérieure à droite de ce viscère ; le côté droit de la tête, aux pubis.

PREMIER MOYEN. — Si l'on se propose de corriger l'obliquité latérale gauche qui a donné lieu à cette mauvaise situation de la tête, il faut faire coucher la femme sur le côté droit, et lui faire garder cette attitude pendant la la durée des contractions.

Second moyen. — On introduit la main gauche du côté droit du bassin, pour accrocher le front de l'extrémité des doigts, et ramener la tête à la première position du sommet.

Troisième moyen. — On introduit également la main gauche vers la symphise sacro-iliaque droite, pour repousser la tête sur la fosse iliaque gauche, et l'on va prendre les pieds, en suivant le côté gauche de l'enfant: les pieds doivent se trouver abaissés, dans la deuxième position de ces extrémités.

PLANCHE LXXXVII.

Première position de l'occiput.

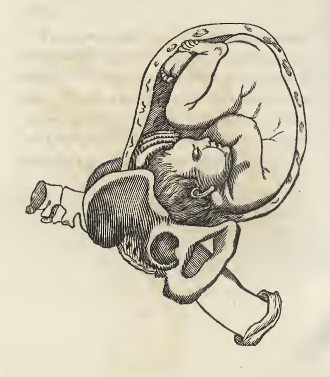
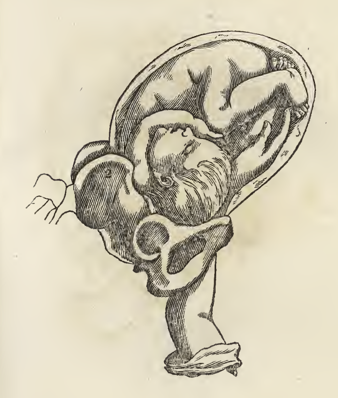


PLANCHE LXXXVIII.

Deuxième position de l'occiput.





30

PLANCHE LXXXIX.

Troisième position de l'occiput.

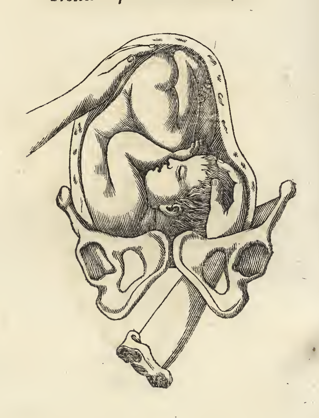
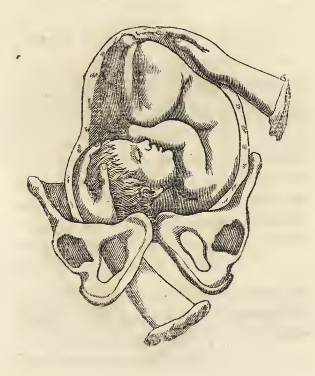


PLANCHE LXXXX.

Quatrième position de l'occiput.





PRÉSENTATION DU CERVIX OU DE LA NUQUE.

PREMIÈRE POSITION.

PLANCHE LXXXXI. (page 476).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul n'a présenté cette région).

L'occiput sur les pubis ; le haut du dos sur la saillie du sacrum.

On remarquera que les rapports de l'enfant avec l'utérus et le bassin, sont à-peu-près les mêmes que dans la *deuxième position de l'occiput* : dans l'une et l'autre, la surface dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; la tête est en devant.

Comme on éprouverait les plus grandes difficultés à ramener la tête à une situation favorable à l'accouchement naturel, il faudra avoir recours à la version de l'enfant.

Si l'on opère de la main droite, on l'introduit dans un état moyen, entre la pronation et la supination ; on la dirige vers le côté gauche du bassin, jusqu'à ce que l'on soit parvenu

sur l'épaule droite de l'enfant : on tâche de repousser cette épaule au-dessus du sacrum, puis on poursuit jusqu'au pieds droit 2, que l'on amène d'abord, puis l'autre successivement.

On aura l'attention, lorsque les deux pieds seront dans le vagin, de tirer sur le pied gauche pendant quelque tems, pour favoriser la torsion du tronc, de manière que le devant du thorax regarde le côté gauche du bassin ; ensuite, on tirera également sur les deux pieds, jusqu'à ce que la partie inférieure du tronc soit assez engagée : on terminera l'accouchement, comme il est recommandé pour la première position des pieds.

DEUXIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXII. (page 477).

L'occiput sur le sacrum, et le haut du dos sur les pubis.

Cette position est à-peu-près la même que *la première de l'occiput*, dans l'une et l'autre ; la face dorsale répond à la paroi antérieure de l'utérus ; la tête, au-dessus du sacrum, répond à la paroi postérieure et moyenne de ce

viscère ; les pieds sont sous le fond du même côté.

Pour terminer l'accouchement, il faut, comme dans la position précédente, aller chercher les pieds de l'enfant.

On introduira la main droite à gauche du bassin ; on dirigera les doigts obliquement sur le côté droit de la tête, pour pouvoir, de toute la main, embrasser l'occiput, et détourner le sommet de dessus la colonne lombaire sur laquelle il est appuyé, de manière qu'il réponde au côté droit du bassin, et que l'oreille droite regarde le sacrum, et la main qui opère ; la tête ainsi changée de direction, on la soulève pour la porter, s'il est possible, au-dessus des pubis : de la main gauche, appliquée à l'extérieur, on incline le fond de l'utérus à gauche, en même tems que l'on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'au pied du même côté, que l'on fait descendre à gauche du bassin, comme dans la première position des pieds.

TROISIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXIII. (page 480).

(Pas un seul exempt de cette position sur 12,751 enfants).

L'occiput sur la fosse iliaque gauche, et le haut du dos sur la fosse iliaque droite.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus ; sa face sternale à la paroi latérale gauche : les pieds en occupent le fond, du même côté.

On introduit la main droite vers la paroi postérieure et latérale gauche du bassin ; on embrasse l'occiput de toute la main, et l'on porte la tête sur la fosse iliaque droite 2, en lui faisant parcourir les deux tiers antérieurs de la marge du bassin ; on la porte d'abord, au-dessus de la cavité cotyloïde gauche ; puis, au-dessus du trou sous-pubien du même côté, au-dessus des pubis, du trou sous-pubien droit, enfin, sur la fosse iliaque droite 2 ; mais si l'on éprouve trop de difficulté à faire parcourir à la tête une étendue aussi considérable, on se bornera à la repousser au-dessus des pubis. De la main gauche, on incline le fond de l'utérus, à gauche, pendant que la main introduite suit le côté droit de l'enfant, jusqu'au pied de ce côté que l'on amène dans

le vagin, pour aller ensuite prendre le pied gauche ; il faut, pendant quelque tems, tirer sur celui-ci, pour déterminer les fesses à s'engager dans le détroit supérieur : on aura l'attention de s'assurer si la tête ne retombe pas en même tems que l'on engage les pieds dans la première position de ces extrémités.

QUATRIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXIV. (page 481).

(Sur 11,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

L'occiput sur la fosse iliaque droite, et le haut du dos sur la fosse iliaque gauche.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale gauche de l'utérus ; sa surface sternale à la paroi latérale droite : les pieds et les fesses en occupent le fond, du même côté.

La conduite à tenir, est la même que dans le cas précédent, excepté qu'il faut opérer de la main gauche ; après que l'on a repoussé la tête au-dessus des pubis, ou si l'on peut, au-dessus de la fosse iliaque gauche ; on parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied du même côté que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités.



PLANCHE LXXXXI.

Première position du cervix ou derrière du col.

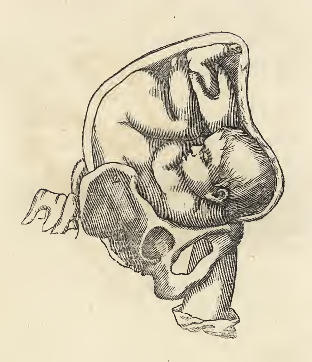


PLANCHE LXXXXII.

Deuxième position du cirvix ou derrière du col.



PLANCHE LXXXXIII.

Troïsième position du cervix ou derrière du col.



PLANCHE LXXXXIV.

Quatrième position du cervix ou derrière du col.





PRÉSENTATION DU DOS.

PREMIÈRE POSITION.

PLANCHE LXXXXV. (page 488).

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

Les omoplattes sur les pubis, les lombes de de l'enfant sur celles de la mère.

La face dorsale de l'enfant répond à la région inférieure de l'utérus; sa face sternale au fond de ce viscère ; la tête est en devant ; les lombes , en arrière.

Si l'on se sert de la main droite pour opérer, on l'introduit à gauche de l'utérus où répond le côté droit de l'enfant ; parvenu à la hanche de ce côté, on la repousse du côté droit du bassin, tandis que de l'autre main appliquée à l'extérieur sur la région ombilicale , où répond la tête , on incline l'utérus du côté gauche , pour donner , au corps de l'enfant, une situation diagonale au détroit supérieur ; après que l'on a eu opéré ce changement de situation, les fesses se trouvent au-dessus de la symphise sacro-iliaque droite ; on se saisit d'abord du pied droit que l'on amène à la vulve , ensuite du pied gauche sur lequel on tire

quelques tems, pour déterminer les fesses à s'engager, et l'on terminera l'accouchement, comme dans la première position des pieds.

DEUXIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXVI. (page 489).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

Les lombes au-dessus des pubis; les omoplattes et la tête, au-dessus de la saillie sacro-vertébrale.

La face dorsale de l'enfant répond à la partie inférieure de l'utérus; sa face sternale au fond de ce viscère; la tête est en arrière; les lombes et les fesses en devant.

Si l'on opère de la main droite, on repoussera d'abord, l'épaule gauche de l'enfant du côté droit du bassin, tandis que la main gauche, à l'extérieur, incline le fond de l'utérus, à gauche de la femme, pour rapprocher les extrémités de ce côté; on parcourt la hanche gauche de l'enfant, la cuisse, la jambe et le pied du même côté, pour l'abaisser à gauche du bassin, comme il est recommandé à l'occasion de la deuxième position du cervix, ou comme dans la première position des pieds.

TROISIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXVII. (page 492).

(Sur 12,751 enfants, 2 se sont présentés dans cette position).

Le haut du dos sur la fosse iliaque gauche les lombes sur la fosse iliaque droite.

La face dorsale de l'enfant répond à l'orifice de l'utérus ; sa face sternale répond au fond de ce viscère ; la tête est à droite ; les pieds à gauche.

Lorsqu'on opère de la main droite, il faut l'insinuer au-dessous de l'enfant ; on le soulève un peu ; l'on dirige le dos, de manière qu'il réponde à l'abdomen de la mère, comme il est représenté dans la troisième position du côté droit de la poitrine (planche 116), ensuite on avance les doigts jusqu'à la hanche droite, puis on va prendre le pied du même côté que l'on amène dans le vagin ; on va à la recherche du pied gauche sur lequel on fait des tractions plus fortes, pour déterminer la déviation du tronc : on achève l'extraction de l'enfant, en l'engageant dans la deuxième position des pieds.

Si l'on opérait de la main gauche, on l'introduirait à droite et en devant du bassin, où répond la hanche gauche de l'enfant que l'on suivrait jusqu'au pied de ce côté.

QUATRIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXVIII. (page 493).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

Le haut du dos sur la fosse iliaque droite, les lombes sur la fosse iliaque gauche.

La face dorsale de l'enfant répond à l'orifice de l'utérus; sa face sternale au fond de viscère; les fesses sont à gauche; la tête à droite.

Si l'on introduit la main gauche on l'insinue au-dessous du corps de l'enfant; en le soulevant, on donnera au tronc une situation telle, que le dos réponde à la partie antérieure de l'abdomen de la mère, et que le côté gauche de l'enfant se trouve à la place qu'occupait le dos; on dirige les doigts sur la hanche, la cuisse et le pied gauche que l'on engage le plus possible; l'on retourne chercher le pied droit sur lequel on tire uniquement, pendant quelques instants, pour faire descendre les fesses : on achève l'extraction de l'enfant, comme dans la première position des pieds.

Si l'on opère de la main droite, on l'introduit derrière la paroi cotyloïdienne gauche, où répond la hanche droite, en suivant la cuisse jusqu'au pied du même côté.

PLANCHE LXXXXV.

Première position du dos.



PLANCHE LXXXXVI.

Deuxième position du dos.



PLANCHE LXXXXVII.

Troisième position du dos.



PLANCHE LXXXXVIII.

Quatrième position du dos.





PRÉSENTATION DES LOMBES.

PREMIÈRE POSITION.

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

La partie moyenne du dos sur les pubis, les fesses sur les lombes de la mère.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale répond à la paroi supérieure et postérieure de ce viscère ; les pieds regardent le fond.

Même procédé que pour la première position du dos. (Voyez planche 95 page 488).

DEUXIÈME POSITION.

(Un seul exemple sur 12,751 accouchements).

Les fesses au-dessus du pubis, la partie moyenne du dos sur les lombes de la mère.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi supérieure et antérieure de ce viscère ; les pieds regardent le fond.

Même conduite à tenir, que pour la seconde position du dos. (Voyez pl. 96 page 489).

TROISIÈME POSITION.

PLANCHE LXXXXIX.

Le dos appuyé sur la fosse iliaque gauche, les fesses sur la fosse iliaque droite.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale gauche de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi supérieure et latérale droite de ce viscère ; les pieds sont ordinairement du même côté.

On voit, par cette position des lombes, qu'il faudrait incliner le fond de l'utérus à droite, pour déterminer les fesses à se rapprocher du centre du bassin ; mais si malgré cette direction favorable donnée au tronc de l'enfant, les fesses ne s'engageaient point dans le détroit abdominal, il faudrait, de la main gauche, repousser les fesses sur la fosse iliaque gauche, pour aller prendre les pieds, et les amener dans la première position de ces extrémités. (Voyez page 497).

QUATRIÈME POSITION.

La face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi supérieure et latérale gauche de ce viscère.

De la main droite, on repousse les lombes

PLANCHE LXXXXIX.

Troisième position des lombes.



Nota. Cette figure a été dessinée d'après nature sur le cadavre d'une femme enceinte, morte d'une phtisie laryngienne. A l'ouverture de l'utérus on trouva le fœtus dans cette attitude qui constitue la troisième position des lombes.



sur la fosse iliaque droite, et on va chercher les pieds que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités.

Remarques *sur la manière d'opérer l'accouchement contre-nature ; l'enfant présentant les régions de sa surface sternale ou antérieure, à l'orifice de l'utérus.*

Dans les *premières* positions, les pieds sont en *arrière* ;

Dans les *secondes*, les pieds sont en *devant* ; on opère indistinctement de l'une ou l'autre main, pour ces *premières* et *deuxièmes* positions ;

Dans les *troisièmes* positions, les pieds sont à *droite* ; on opère de la main *gauche* ;

Dans les *quatrièmes* posititions, les pieds sont à *gauche* ; on opère de la main *droite*.

Remarques *sur la présentation des régions dorsales ou postérieures.*

L'Occiput.

*I*re. *Posit.* les pieds en *arrière* ;

*II*e. *Posit.* les pieds en *devant* ; on opère indistinctement de l'une ou l'autre main ;

*III*e. *Pos.* les pieds à *gauche* ; on opère de la main *droite* ;

*IV*e. *Pos.* les pieds à *droite* ; on opère de la main *gauche.*

LA NUQUE.

*I*re. *Posit.* les pieds en *devant* ;

*II*e. *Posit.* les pieds en *arrière* ; on opère de l'une ou l'autre main ;

*III*e. *Pos.* les pieds à *gauche* ; opérer de la main *droite* ;

*IV*e. *Pos.* les pieds à *droite* ; on opère de la main *gauche.*

Dans les *premières* positions des régions *dorsales* et *lombaires*, les pieds sont en *arrière* ; dans les *deuxièmes* positions de ces mêmes régions, les pieds sont en *devant.* On opère de l'une ou l'autre main.

Dans les troisièmes positions de ces régions, les pieds sont à droite ; dans les quatrièmes, les pieds sont à gauche.

Dans les troisième et quatrième positions du dos, on peut opérer de l'une ou l'autre main ; mais dans la troisième des lombes, il faut opérer de la main *gauche*, et dans la quatrième, de la main *droite.*

Accouchements dans lesquels l'enfant présente les différentes régions de ses surfaces costales ou latérales.

Positions du côté droit de la tête.

Planche c. (page 510).

(Un seul exemple de cette position sur 12,751 accouchements).

Première position ; *le sommet en travers des pubis ; la face regardant la côté gauche du bassin.*

Le côté droit du col, est appuyé sur la saillie du sacrum, le sommet en travers des pubis ; la face regarde la fosse iliaque gauche ; l'occiput, la fosse iliaque droite ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi latérale gauche de ce viscère ; les pieds en occupent le fond, du même côté.

On conseille, la femme étant couchée sur le dos, d'introduire l'une ou l'autre main dans l'utérus, au-dessous de la tête, pour la soulever vers les lombes de la mère, tandis que de l'autre main, placée au-dessus des pubis, à l'extérieur, on repousse le sommet, pour le faire descendre au centre du bassin : la tête

parvenue dans l'excavation, se trouverait dans la deuxième position du sommet.

Pour faire la version de l'enfant, on introduit la main droite du côté gauche du bassin où se trouve la face ; on l'embrasse de toute la main, pour repousser l'occiput sur la fosse iliaque droite 1 ; on parcourt le côté droit de l'enfant, jusqu'au pied du même côté, et l'on termine l'accouchement comme dans la seconde position du sommet ou la première des pieds.

On se comporte de même pour la première position du côté droit du col.

PLANCHE CI. (page 511).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

DEUXIÈME POSITION DU CÔTÉ DROIT DE LA TÊTE ; *le sommet sur la saillie du sacrum; la face regardant la fosse iliaque droite.*

Le côté droit du col de l'enfant est appuyé sur le pubis ; le sommet est situé en travers de la jonction sacro-vertébrale ; la face regarde la fosse iliaque droite ; l'occiput, la face iliaque gauche ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale gauche de l'utérus ; sa face sternale à la paroi latérale droite de ce viscère ;

les pieds et les fesses en occupent le fond, du même côté.

Cette position de la tête présente trois indications à remplir, pour terminer l'accouchement :

1°. L'excessive projection antérieure du fond de l'utérus, donnant lieu à cette situation de la tête ; on fera coucher la femme, à plat, sur le dos, et pendant la durée de chaque contraction, on soutiendra le ventre avec la main appliquée à l'extérieure, pour déterminer l'axe de l'utérus à coïncider avec l'axe du détroit abdominal ;

2°. Introduire la main droite au-devant de la symphise sacro-iliaque gauche, pour accrocher l'occiput qui y répond, et l'entraîner derrière la cavité cotyloïde du même côté : la tête se trouverait alors dans la première position du sommet ;

3°. Si l'on se détermine à faire la version de l'enfant par les pieds, il faut introduire la main gauche vers le côté droit du bassin, déplacer la tête comme il vient d'être dit, puis la repousser au-devant de la fosse iliaque gauche 1, en même tems que de l'autre main, on fait une pression plus ou moins forte sur l'ab-

domen de la femme, pour ramener l'axe du tronc de l'enfant au centre du bassin ; on parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la deuxième position des pieds, c'est-à-dire du côté droit du bassin.

Pour la seconde position du col, on ferait la version de l'enfant, comme il est dit ci-dessus.

PLANCHE CII. (page 514).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

TROISIÈME POSITION DU CÔTÉ DROIT DE LA TÊTE ; *le sommet sur le bas de la fosse iliaque gauche*; *la face au-devant de la saillie du sacrum.*

L'occiput est au-dessus du pubis, la face en travers de la saillie du sacrum ; le sommet à gauche du bassin ; l'épaule droite de l'enfant, à droite de cette cavité ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi postérieure de ce viscère ; les fesses et les pieds en occupent le fond qui est incliné à droite.

Cette position de la tête présente deux indications à remplir ;

1°. Introduire la main dans la direction de

la symphise sacro-iliaque gauche, jusques au-dessus de la fontanelle frontale ; le front étant sur la paume de la main, on le repousse vers les lombes de la mère, pour forcer l'occiput à descendre derrière la symphise du pubis ; en retirant la main, que l'on tient toujours appliquée sur le haut du front, on tâchera de diriger l'occiput vers le trou sous-pubien droit : il faut avoir l'attention, pendant qu'on déplace la tête, d'incliner le fond de l'utérus vers le côté gauche ;

2°. Pour faire la version de l'enfant par les pieds, il faut aussi introduire la main droite vers le côté gauche du bassin, et repousser la tête sur la fosse iliaque droite 1 ; parcourir le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds, du même côté, que l'on abaisse dans la première position des pieds.

Pour la troisième position du côté droit du col, on aurait recours au second moyen.

PLANCHE CIII. (page 515).

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

QUATRIÈME POSITION DU CÔTÉ DROIT DE LA TÊTE ; *le sommet regardant la fosse iliaque droite et la face en travers des pubis.*

Le sommet regarde la fosse iliaque droite ; le côté droit du col est sur la fosse iliaque gauche ; la face en travers des pubis ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi antérieure de cet organe ; les pieds et les fesses en occupent le fond qui est incliné à gauche.

1°. Pour ramener le sommet au centre du détroit abdominal, il faut introduire la main gauche sous l'occiput qui est appuyé sur la base du sacrum, et l'entraîner vers le côté gauche, et en devant du bassin, pendant que de la main droite, à l'extérieur, on repousse le fond de l'utérus vers le côté droit : la tête se trouverait alors dans la première position du sommet ;

2°. Lorsqu'on a donné la préférence à la version de l'enfant, on opère de l'une ou l'autre main ; si c'est de la main gauche, on l'introduit à droite du bassin jusques sur

l'occiput que l'on entraîne, comme nous venons de le dire, pour l'écarter du détroit abdominal; on le repousse sur la fosse iliaque gauche 1, pour aller prendre les pieds, et l'on termine l'accouchement, comme dans la première position du sommet ou la seconde des pieds ;

3°. Si l'on se détermine à opérer de la main droite, on introduit cette main à gauche du bassin ; on repousse la tête sur la fosse iliaque droite ; on suit le côté droit de l'enfant jusqu'au pied du même côté, que l'on amène dans le vagin, ou tous les deux en même tems, ayant l'attention de tirer davantage sus le pied gauche, afin de déterminer les fesses à prendre une direction favorable : du reste, on termine l'accouchement, comme dans la seconde position du sommet, ou la première des pieds.

Dans la quatrième position du côté droit du col, on ira chercher les pieds de l'enfant, comme il vient d'être recommandé pour la quatrième position du côté droit de la tête.



PLANCHE C.

Première position du côté droit de la tête.

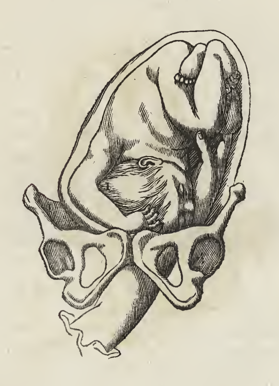
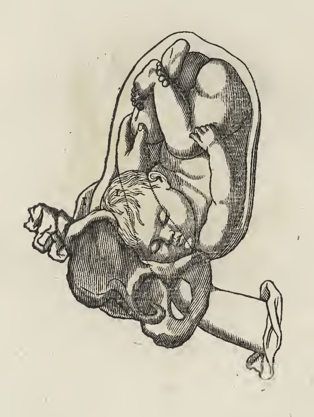


PLANCHE CI.

Deuxième position du côté droit de la tête.





33

PLANCHE CII.

Troisième position du côté droit de la tête.

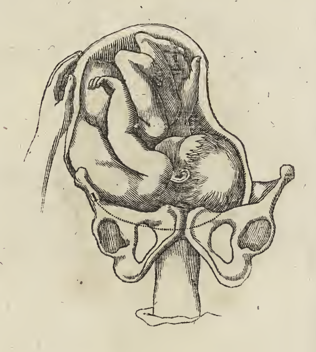


PLANCHE CIII.

Quatrième position du côté droit de la tête.

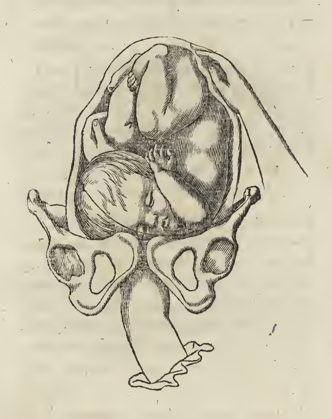


PLANCHE CIV. (page 524).

(Deux exemples de cette position sur 12,751 accouchements).

PREMIÈRE POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA TÊTE; *le sommet en travers au-dessus des pubis*; *la face regardant la fosse iliaque droite.*

L'occiput est à gauche du bassin ; la face à droite ; le sommet en devant ; le côté gauche du col sur l'angle sacro-vertébral ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale gauche de l'utérus ; la paroi sternale répond à la paroi latérale droite de ce viscère ; les pieds en occupent le fond du même côté ;

1°. Pour ramener le sommet au centre du bassin, on se conduira comme il est recommandé dans la première position du côté droit de la tête, c'est-à-dire, qu'on fera coucher la femme à plat, sur le dos, pendant la durée des contractions ; et si cette attitude suffit pour changer la situation de la tête, celle-ci se trouvera dans la première position du sommet ;

2°. Pour faire la version de l'enfant, on introduit la main gauche vers la fosse iliaque droite où se trouve la face que l'on embrasse

de toute la main, pour porter l'occiput sur la fosse iliaque gauche 1, ensuite on parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la seconde de ces extrémités.

Pour la première position du côté gauche du col, on fera la version de l'enfant, par les pieds, de la même manière.

PLANCHE CV. (page 525).

(Pas un seul exemple de cette position sur 12,751 accouchements).

DEUXIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA TÊTE; *le sommet sur l'angle sacro-vertébral, la face regardant la fosse iliaque gauche.*

L'occiput est à droite du bassin; la face à gauche; le sommet en arrière; le côté gauche du col, sur les pubis; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale droite de l'utérus; sa face sternale à la paroi latérale gauche de ce viscère; les pieds et les fesses en occupent le fond du même côté :

1°. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, il faut se conduire comme il est dit pour la deuxième position du côté droit de la tête, faire coucher la femme horisontalement pendant la durée des contractions; le sommet parvenu au centre du bassin, la tête se trouve-

rait dans la deuxième position de cette région, ou bien introduire la main gauche vers la symphise sacro-illiaque droite pour accrocher l'occiput, et l'entraîner derrière le trou sous-pubien droit.

Lorsqu'on se propose de faire la version de l'enfant, il faut introduire la main droite à gauche du bassin, embrasser la face pour repousser l'occiput sur la fosse iliaque droite 1, puis parcourir le côté droit de l'enfant jusqu'au pied du même côté que l'on abaissera dans la première position de ces extrémités.

On procède de la même manière pour faire la version de l'enfant par les pieds, dans la deuxième position du côté gauche du col.

PLANCHE CVI. (page 528).

(Pas un seul exemple de cette position sur 12,751 accouchements).

TROISIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA TÊTE ; *le sommet regardant la fosse iliaque gauche la face en travers des pubis.*

L'occiput est au-devant de l'angle sacro-vertébral ; la face en travers des pubis ; le sommet est à gauche ; le côté gauche du col, à droite du bassin ; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi postérieure de l'utérus ; sa face sternale à la paroi antérieure de ce viscère ;

les pieds et les fesses en occupent le fond qui est incliné à droite ;

1°. Lorsqu'on se propose de ramener le sommet au centre du bassin, on insinue la main droite au-dessous de l'occiput, et on l'entraîne en le dirigeant à droite et en devant de cette cavité ;

2°. Si l'on se détermine à amener l'enfant par les pieds, après avoir, de la main droite, déplacé la tête, comme pour ramener l'occiput au centre, on la porte sur la fosse iliaque droite; on suit le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités ;

3°. Si l'on opérait de la main gauche, il faudrait repousser la tête sur la fosse iliaque gauche, et en parcourant le côté gauche de l'enfant, on irait jusqu'aux pieds que l'on engagerait dans la deuxième position ; mais cette méthode présentant beaucoup plus de difficulté que l'autre, on fera bien de suivre toujours la première.

On ferait de même la version de l'enfant, pour la troisième position du côté gauche du col.

PLANCHE CVII. (page 529).

(Sur 12,751 enfants, un seul s'est présenté dans cette position).

QUATRIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA TÊTE ; *la face située transversalement sur l'angle sacro-vertébral et le sommet regardant la fosse iliaque droite.*

L'occiput est en devant du bassin ; la face est en arrière ; le sommet à droite ; le côté gauche du col, à gauche de cette cavité ; la surface dorsale de l'enfant, répond à la paroi antérieure de l'utérus ; sa face sternale, à la paroi postérieure de ce viscère ; les pieds et les fesses en occupent le fond qui est incliné à gauche :

1°. Pour ramener la tête à une position plus favorable, il faut introduire la main gauche au-devant du sacrum où se trouve la face, et la repousser vers le haut, tandis que la main droite à l'extérieur appliquée sur la région hypogastrique, repousse l'occiput, pour le forcer à descendre derrière le pubis : ayant ainsi corrigé la situation de la tête, on fait coucher la femme sur le côté droit, pour déterminer le fond de l'utérus, qui est à gauche, à se rapprocher du centre du bassin ;

2°. Si l'on se détermine à faire la version de l'enfant, on introduit également la main gauche, pour déplacer la tête que l'on repousse sur la fosse iliaque gauche 1, puis on suit le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on amène à la vulve, en les engageant dans la deuxième position de ces extrémités.

On ferait usage de ce dernier procédé, dans la quatrième position du côté gauche du col.



PLANCHE CIV.

Première position du côté gauche de la tête.

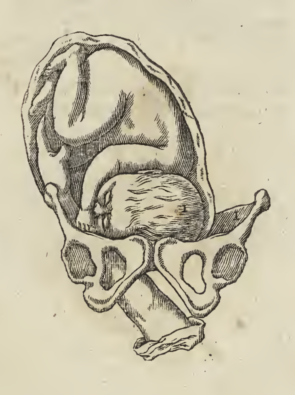


PLANCHE CV.

Deuxième position du côté gauche de la tête.



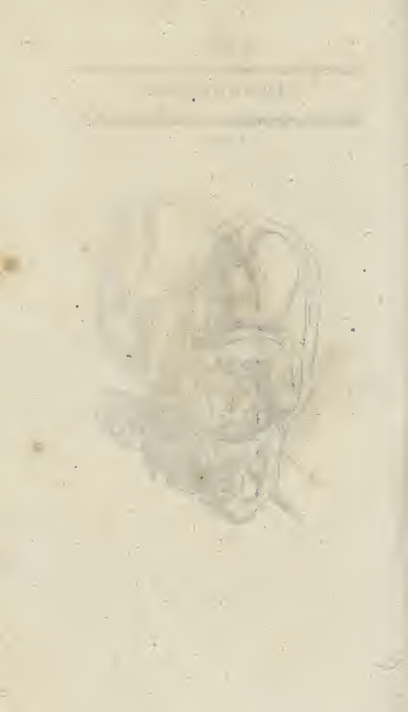




PLANCHE CVI.

Troisième position du côté gauche de la tête.



PLANCHE CVII.

Quatrième position du côté gauche de la tête.



Accouchements dans lesquels l'enfant présente l'épaule ou le bras droit.

PREMIÈRE POSITION.

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

PLANCHE CVIII. (page 536).

Dans cette position, la tête est au-dessus du pubis; les fesses et les pieds, vers les lombes de la mère; la face dorsale de l'enfant répond à droite de l'utérus; sa face sternale, à gauche de ce viscère.

Lorsque la main n'est point engagée dans l'orifice, on introduit la main droite du côté gauche du bassin; on repousse l'épaule vers la fosse iliaque droite; on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'au pied que l'on abaisse, ou tous les deux, s'il est possible, ayant l'attention de repousser l'épaule, dans le cas où elle descendrait en même tems que les pieds, que l'on engage dans la première position de ces extrémités.

Quand le bras est déjà engagé dans l'orifice de l'utérus, que celui-ci est dilaté ou assez dilatable, pour permettre l'admission de la main, on introduit également la droite, le long du bras de l'enfant jusqu'à l'aisselle de ce dernier, puis on repousse la poitrine, comme il est dit plus

haut, pour aller prendre et amener le pied droit.

A mesure que le tronc s'engage, il faut avoir le soin de tirer modérément, sur le lacs, pour maintenir le bras appliqué sur le côté de l'enfant, afin qu'il descende ainsi développé, en même tems que le tronc.

Lorsque l'orifice de l'utérus est dur, serré sur le bras de l'enfant, que le bras se tuméfie, on fera saigner la femme; on lui fera des injections mucilagineuses dans le vagin; on la mettra dans un demi-bain; enfin, on employera tous les moyens propres à hâter la dilatation de l'orifice.

DEUXIÈME POSITION DE L'ÉPAULE OU DU BRAS DROIT.

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

PLANCHE CIX. (page 537).

La tête est appuyée sur la colonne lombaire de la mère; l'aisselle droite sur les pubis; la face sternale répond au côté droit de l'utérus; sa face dorsale au côté gauche.

On introduit la main gauche du côté droit du bassin; on repousse, avec ménagement, l'épaule droite et la tête du côté gauche de cette cavité, pendant que de la main droite, appliquée à l'extérieur sur l'abdomen, on

repousse le fond de l'utérus du côté droit; on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on abaisse dans la 2e. position de ces extrémités, ayant soin, comme on l'a dit, de repousser l'épaule dans le cas où l'on éprouverait de la difficulté à engager, ou à extraire le tronc.

Si la main s'est engagée la première, on applique le lacs sur le poignet de l'enfant, pour empêcher, qu'en remontant, le bras ne se fléchisse et n'oppose de la résistance à la sortie du tronc : on opère également de la main gauche pour aller chercher les pieds.

TROISIÈME POSITION DE L'ÉPAULE OU DU BRAS DROIT.

(Sur 12,751 enfants, 7 se sont présentés dans cette position.)

PLANCHE CX. (page 540).

Le côté droit de la tête est appuyé sur la fosse iliaque gauche; le flanc et la hanche, sur la fosse iliaque droite; la face sternale de l'enfant répond à l'angle sacro-vertébral; la face dorsale, en travers et au-dessus des pubis.

Lorsque les eaux sont évacuées depuis longtems, il faut introduire la main droite, en suivant la courbure du sacrum, au-dessus de la face costale de la poitrine; on soulève cette partie

pour la faire remonter au-dessus du pubis jusqu'à ce que l'épaule soit éloignée du détroit supérieur ; ensuite on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds que l'on amène dans le vagin ; on fait des tractions plus soutenues sur le pied gauche, afin de déterminer les fesses à s'engager dans la première position des pieds ; si les membranes sont récemment rompues, on opère de la main gauche.

Lorsque le bras est engagé dans l'orifice, la conduite à tenir est la même, excepté que l'on applique le lacs sur le poignet, pour le maintenir déployé.

QUATRIÈME POSITION DE L'ÉPAULE ET DU BRAS DROIT.

(Sur 12,751 enfants, 13 se sont présentés dans cette position).

PLANCHE CXI. (page 541).

Le côté droit de la tête est sur la fosse iliaque droite ; le flanc et la hanche, sur la fosse iliaque gauche ; le dos en travers de la colonne lombaire de la mère, et le devant de la poitrine au-dessus et en travers des pubis.

Il faut introduire la main droite, la diriger vers le côté gauche du bassin, en suivant la face costale, la hanche, la face postérieure de la cuisse droite, la jambe que l'on déploye sur

la face sternale de l'enfant, pour faire descendre le pied derrière la face interne des pubis, jusques dans le vagin (1); on dégage le pied gauche de la même manière, et tous les deux doivent se trouver abaissés dans la première position de ces extrémités.



(1) Cette disposition rend très-difficile l'exécution du procédé que nous indiquons parce qu'il faut porter la main dans une pronation forcée pour parvenir à la partie antérieure de l'utérus, où sont situées les extrémités. Cette observation est applicable à la troisième position de l'épaule gauche; les extrémités pelviennes se trouvant dans les mêmes rapports à l'égard de l'utérus.

PLANCHE CVIII.

Première position de l'épaule droite.



PLANCHE CIX.

Deuxième position de l'épaule droite.

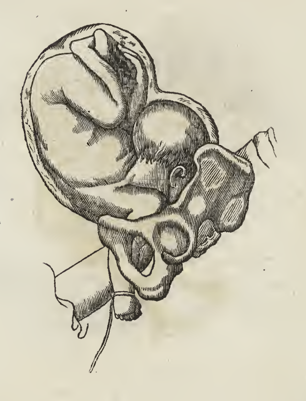






PLANCHE CX.

Troisième position de l'épaule droite.



PLANCHE CXI.

Quatrième position de l'épaule droite.





PREMIÈRE POSITION DE L'ÉPAULE OU DU BRAS GAUCHE.

(Sur 12,751 enfants, 1 seul s'est présenté dans cette position).

PLANCHE CXII. (page 548).

La tête est située au-dessus des pubis; les hanches et les fesses, sur les lombes de la mère; la face sternale regarde le côté droit du bassin; la face dorsale, le côté gauche.

On introduit la main gauche vers le côté droit du bassin; on repousse l'épaule de l'enfant sur la fosse iliaque gauche, puis on pénètre jusqu'aux pieds, en suivant le côté gauche de l'enfant; on les dégage l'un après l'autre dans la deuxième position de ces extrémités.

Si le bras est sorti de l'orifice, on ira prendre les pieds de la même manière après que l'on aura eu la précaution d'appliquer un lacs sur le poignet.

DEUXIÈME POSITION DE L'ÉPAULE OU DU BRAS GAUCHE.

(Sur 12,751 enfants, pas un seul ne s'est présenté dans cette position).

PLANCHE CXIII. (page 549).

La tête est en arrière du bassin; les hanches et les fesses en devant, au-dessus des pu-

bis ; la face dorsale de l'enfant regarde le côté droit de cette cavité, et sa face sternale, le côté gauche.

On va chercher les pieds de l'enfant de la main droite que l'on introduit du côté gauche du bassin ; on repousse l'épaule et la tête, sur la fosse iliaque droite, pendant que de l'autre main appliquée à l'extérieur, on incline le fond de l'utérus à gauche, pour rapprocher les extrémités de ce côté ; puis on parcourt la face costale gauche de l'enfant, jusqu'aux pieds que l'on abaisse du côté gauche du bassin, comme dans la première position des pieds.

TROISIÈME POSITION DE L'ÉPAULE OU DU BRAS GAUCHE.

(Sur 12,751 enfants, 9 se sont présentés dans cette position).

PLANCHE CXIV. (page 552).

Le côté gauche de la tête et celui du col, sont appuyés sur la fosse iliaque gauche ; la hanche et le flanc, sur la fosse iliaque droite ; le dos situé en travers et au-devant de l'angle sacro-vertébral ; le devant de la poitrine aussi transversalement et au-dessus des pubis.

Il faut introduire la main gauche du côté

droit du bassin, en suivant la face costale gauche de l'enfant et la paroi latérale et antérieure droite de l'utérus, jusqu'à ce qu'on ait saisi le pied gauche, que l'on abaisse, en le faisant passer sur la face sternale de l'enfant, et derrière les pubis de la mère, jusques dans le vagin; on tire uniquement sur celui-ci pendant quelque tems, pour faire prendre aux fesses une direction favorable : enfin on dégage le tronc, comme dans la 2e. position des pieds.

Si le bras est déjà sorti, la conduite à tenir est la même ; on observera seulement de fixer cette extrémité, au moyen d'un lacs.

Quatrième position de l'épaule ou du bras gauche.

(Sur 12,751 enfants, 8 se sont présentés dans cette position).

Planche CXV. (page 553).

Le côté gauche de la tête est situé sur la fosse iliaque droite ; le côté et la hanche, sur la fosse iliaque gauche ; la poitrine au-devant du sacrum, et le dos au-dessus, et en travers des pubis.

On introduit la main gauche dans l'utérus,

de manière que la face palmaire de la main regarde la poitrine de l'enfant ; on soulève le le tronc pour placer le dos tout-à-fait au-dessus des pubis ; on dirige ensuite la main sur le côté, la hanche et le pied gauche que l'on abaisse, en le faisant passer entre le sacrum et la poitrine de l''enfant ; ce pied parvenu dans le vagin, on va chercher l'autre sur lequel on tire jusqu'à ce qu'il soit engagé au même degré que le premier ; quand ils sont parvenus tous les deux au point de pouvoir les saisir, on fait des tractions sur l'un et sur l'autre, jusqu'à ce que les fesses commencent à paraître, et on achève l'extraction de l'enfant, comme dans la 1re. position des pieds.

PLANCHE CXII.

Première position de l'épaule gauche.



PLANCHE CXIII.

Deuxième position de l'épaule gauche.

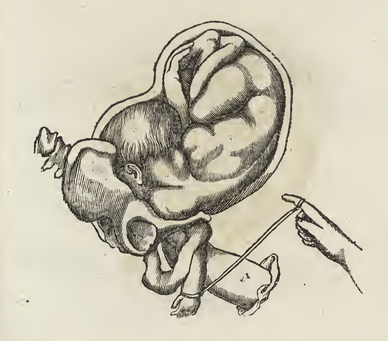




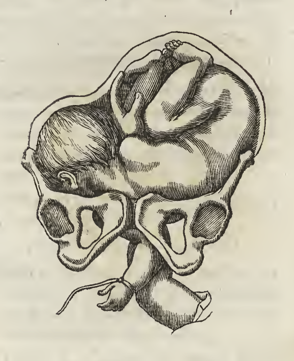
PLANCHE CXIV.

Troisième position de l'épaule gauche.



PLANCHE CXV.

Quatrième position de l'épaule gauche.



De l'accouchement dans lequel l'enfant présente l'un ou l'autre côté de la poitrine au détroit abdominal.

Les positions assignées à ces régions, étant presque les mêmes que celles des épaules droite et gauche, on renvoye à chacune des 1re., 2e. et 4e. positions, pour la manière de terminer l'accouchement. (Voyez page 531).

Première position du côté droit de la poitrine; *c'est-à-dire, l'aisselle de l'enfant appuyée sur le pubis de la mère, la face sternale regardant le côté gauche du bassin.*

(Voyez la 1re. position de l'épaule droite, page 531).

(Un seul exemple de cette position, sur 12,751).

Deuxième Position du côté droit de la poitrine; *c'est-à-dire, l'aisselle appuyée sur la base du sacrum, la face sternale regardant la fosse iliaque droite.*

(Voyez la 2e. position de l'épaule droite, page 532).

Troisième position du côté droit de la poitrine ; *l'aisselle droite appuyée sur la fosse iliaque gauche ; la face sternale regardant le sacrum.*

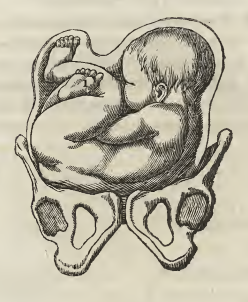
PLANCHE CXVI.

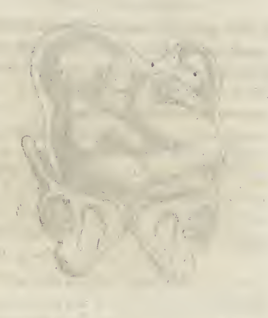
Il faut introduire la main droite au-dessous de la poitrine de l'enfant, vers la fosse iliaque droite, et suivre la hanche, la cuisse et le pied droit 1, que l'on abaisse, en le faisant passer au-devant du sacrum de la mère et sur la face sternale de l'enfant ; ce pied, parvenu dans le vagin, on va chercher l'autre pour le dégager de la même manière ; on tire sur le pied gauche pendant quelques instants, pour favoriser la torsion du tronc et la descente des fesses : les pieds se trouvent alors dans la 2e. position de ces extrémités.

Si les eaux n'étaient point encore évacuées, ou qu'il y eut peu de tems que les membranes fussent rompues, on introduirait la main gauche, à droite du bassin, pour prendre également le pied droit 1, de l'enfant, et l'on éprouverait moins de difficulté que dans le premier cas.

PLANCHE CXVI.

Troisième position du côté droit.





QUATRIÈME POSITION DU CÔTÉ DROIT DE LA POITRINE; *l'aisselle appuyée sur la fosse iliaque droite ; la face sternale en travers des pubis.*

(Un seul exemple sur 12,751 accouchements).

On introduit la main droite vers la partie antérieure et latérale droite de l'utérus, pour saisir le pied droit et le faire passer sur la face sternale de l'enfant, comme dans la 4e. position de l'épaule droite.

(Voyez cette position, planche III, page 541)

PREMIÈRE POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE ; *l'aisselle appuyée sur les pubis de la mère; la face sternale regardant la fosse iliaque droite.*

(Voyez la 1re. position de l'épaule gauche, page 543).

DEUXIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE; *l'aisselle gauche appuyée sur l'angle sacro-vertébral ; la face sternale regardant le côté gauche du bassin.*

Pour terminer l'accouchement, voyez la 2e. position de l'épaule gauche, page 543.

TROISIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE ; *le bras ou l'épaule sur la fosse iliaque gauche ; la face sternale au-dessus et en travers des pubis.*

PLANCHE CXVII.

On termine l'accouchement, comme dans le cas de la 3e. position de l'épaule gauche.

Dans le cas où les cuisses seraient allongées et les jambes repliées sur les fesses de l'enfant, il faudrait introduire la main gauche du côté droit du bassin, jusqu'au genou gauche 1; passer l'index dans le pli du jarret, pour l'accrocher, et ramener la face antérieure de cette cuisse sur l'abdomen de l'enfant, afin de dégager le pied avec plus de facilité: celui-ci descendu dans le vagin, on dégagera l'autre de la même manière, et l'on terminera l'accouchement, comme dans la deuxième position de pieds.

QUATRIÈME POSITION DU CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE ; *l'aisselle gauche ou le bras sur la fosse iliaque droite ; la face sternale regardant la colonne lombaire de la mère.*

Pour terminer l'accouchement, voyez la 4e. position de l'épaule gauche, page 545.

PLANCHE CXVII.

Troisième position du côté gauche.



Des accouchements dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre hanche à l'orifice de l'utérus.

(Sur 12,751 enfants, 3 seulement ont présenté cette région).

PREMIÈRE POSITION DE LA HANCHE DROITE ; *les fesses appuyées sur l'angle sacro-vertébral*; *le flanc droit sur les pubis*; *la face sternale regardant le côté gauche du bassin.*

PLANCHE CXVIII. (page 568).

La déviation antérieure du fond de l'utérus donnant lieu à cette situation, il faudra faire coucher la femme sur le dos ; elle gardera cette attitude pendant la durée du travail, pour déterminer la fesse gauche à descendre le long du sacrum, comme dans la 2e. position des fesses. (Voyez page 353.)

Si le travail de l'accouchement durait trop long-tems, ou qu'il survînt des accidents, il faudrait introduire la main droite du côté gauche du bassin, repousser les fesses sur la fosse iliaque droite, et amener les pieds dans la 2e. position de ces extrémités.

DEUXIÈME POSITION DE LA HANCHE DROITE ; *les fesses appuyées sur la face interne des pubis ; le flanc droit sur l'angle sacro-vertébral ; la face sternale regardant le côté droit du bassin.*

PLANCHE CXIX. (page 569).

On introduira la main gauche à droite du bassin, en suivant la hanche, la cuisse droite, jusqu'aux pieds qui doivent se trouver au-dessus des pubis : si l'on ne pouvait parvenir jusqu'aux pieds, d'un ou de plusieurs doigts on accrocherait les genoux, comme dans le cas de la 1re. position de ces extrémités.

(Voyez cette position, page 569).

TROISIÈME POSITION DE LA HANCHE DROITE ; *les fesses appuyées sur la base de l'ilium droit ; le flanc droit sur la fosse iliaque gauche la face dorsale en devant.*

PLANCHE CXX. (page 572).

Cette position étant l'effet de l'obliquité latérale gauche, on fera coucher la femme sur le côté droit, pendant les contractions, pour déterminer les fesses à se rapprocher du centre de la cavité abdominale.

Si les fesses conservaient leur première situation, on introduirait la main gauche pour aller prendre les pieds qui répondent à la paroi postérieure et latérale droite de l'utérus : il faudrait avoir l'attention de les faire passer au-devant et dans la courbure du sacrum de la mère, et de les dégager, comme dans la 2e. position des pieds.

Quatrième position de la hanche droite ; *les fesses sur la base de l'ilium gauche* ; *le flanc sur la fosse iliaque droite* ; *la face sternale et les pieds en devant.*

planche cxxi. (page 573).

On corrigera l'obliquité latérale droite, qui donne lieu à cette position, en faisant coucher la femme sur le côté gauche.

Si les fesses ne se sont point rapprochées du centre du bassin, on introduit la main droite vers la partie antérieure et latérale gauche de l'utérus, en suivant la hanche, la cuisse et la jambe gauche, jusqu'aux pieds, que l'on amenera dans le vagin, en les faisant passer derrière les pubis au-dessus desquels ils se trouvent, pour les engager dans la 1re. position de ces extrémités.

PLANCHE CXVIII.

Première position de la hanche droite.



PLANCHE CXIX.

Deuxième position de la hanche droite.





PLANCHE CXX.

Troisième position de la hanche droite.

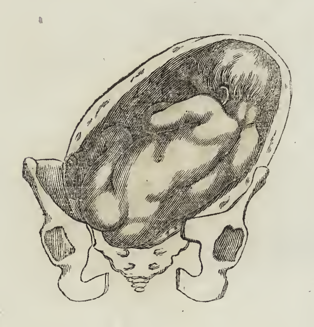


PLANCHE CXXI.

Quatrième position de la hanche droite.



PRÉSENTATION

DE LA HANCHE GAUCHE.

PREMIÈRE POSITION; *les fesses sur l'angle sacro vertébral; le flanc gauche sur les pubis; la face sternale de l'enfant et les pieds répondant à droite de l'utérus.*

PLANCHE CXXII. (page 580).

On fera garder, à la femme, une situation horizontale pendant la durée du travail, pour déterminer le fond de l'utérus qui est incliné en devant, à se porter en arrière, et, par conséquent, ramener les fesses au centre du bassin, comme il est représenté planche 57.

Si le travail se prolongeait, ou qu'il survint quelqu'accident, il faudrait aller chercher les pieds de l'enfant : on introduira la main gauche à droite du bassin et l'on abaissera ces extrémités dans la première position des pieds.

DEUXIÈME POSITION DE LA HANCHE GAUCHE ; *les fesses appuyées sur la face interne des pubis ; le flanc gauche sur l'angle sacro-vertébral ; la face sternale et les pieds répondant au côté gauche de l'utérus.*

PLANCHE CXXIII. (page 581).

On introduit la main droite à gauche du bassin, pour amener les pieds, ou les genoux dans la 2e. position de ces extrémités.

TROISIÈME POSITION DE LA HANCHE GAUCHE ; *les fesses appuyées sur la base de l'ilium droit ; le flanc gauche sur la fosse iliaque gauche ; la face sternale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus.*

PLANCHE CXXIV. (page 584).

La cause de cette situation de l'extrémité inférieure du tronc, étant la même que celle qui donne lieu à la 3e. position de la hanche droite, c'est-à-dire, l'obliquité latérale gauche, on fera coucher la femme sur le côté opposé, pendant la durée des contractions.

Quand les circonstances exigent la prompte terminaison de l'accouchement, on introduit

la main gauche du côté droit du bassin, en la ramenant en devant, pour prendre les pieds, et les abaisser dans la 2e. position de ces extrémités.

Quatrième position de la hanche gauche; *les fesses appuyées sur la base de l'ilium gauche; le flanc gauche sur la fosse iliaque droite; sa face sternale et les pieds, à la paroi postérieure de l'utérus.*

Planche cxxv. (page 585).

On introduit la main droite dans la direction de la symphise sacro-iliaque gauche où sont situés les pieds que l'on abaisse dans la 1re. position de ces extrémités, en les faisant passer au-devant du sacrum.

PLANCHE CXXII.

Première position de la hanche gauche.



PLANCHE CXXIII.

Deuxième position de la hanche gauche.







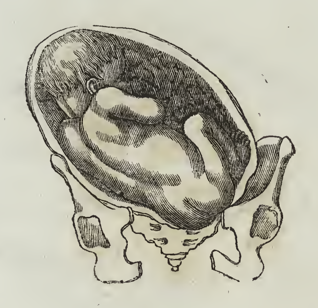
PLANCHE CXXIV.

Troisième position de la hanche gauche.



PLANCHE CXXV.

Quatrième position de la hanche gauche.





N'ayant pu exposer dans un seul cadre toutes les figures qui représentent le fœtus dans les diverses positions de ses *régions latérales*, nous y suppléons par cette table synoptique, au moyen de laquelle on pourra saisir les différences qui existent entre les positions des régions latérales droites, et celles des régions latérales gauches ; ce qui servira en même tems à rappeler la manière de terminer l'acccouchement dans tous ces cas.

RÉGIONS *de la surface costale ou latérale droite.*	1re. POSITION. La tête en devant, les pieds en arrière et à gauche *.	2e. POSITION. La tête en arrière, les pieds en devant et à droite *.	3e. POSITION. La tête à gauche, les pieds à droite et en arrière *.	4e. POSITION. La tête à droite, les pieds à gauche et en devant *.
Le côté de la tête, ou l'oreille.	Le sommet en devant, la face regarde le côté gauche.	Le sommet en arrière, la face regarde le côté droit.	Le sommet à gauche, la face regarde le sacrum.	Le sommet, à droite, la face regarde les pubis.
L'épaule.	Le côté du col en devant, la face sternale regarde le côté gauche.	Le côté du col en arrière, la face sternale regarde le côté droit.	Le côté du col, à gauche, la face sternale regarde le sacrum.	Le côté du col à droite, la face sternale regarde le pubis.
Le côté de la poitrine	L'aisselle en devant, la face sternale regarde le côté gauche.	L'aisselle en arrière, la face sternale regarde le côté droit.	L'aisselle à gauche, la face sternale regarde le sacrum.	L'aisselle à droite, la face sternale regarde le pubis.
La hanche.	L'hypocondre en devant, la face sternale regarde le côté gauche.	L'hypocondre en arrière, la face sternale regarde le côté droit.	L'hypocondre à gauche, la face sternale regarde le sacrum.	L'hypocondre à droite, la face sternale regarde le pubis.

RÉGIONS *de la surface costale ou latérale gauche.*	1re. POSITION. La tête en devant, les pieds en arrière et à droite *.	2e. POSITION. La tête en arrière, les pieds en devant et à gauche *.	3e. POSITION. La tête à gauche, les pieds à droite et en devant *.	4e. POSITION. La tête à droite, les pieds à gauche et en arrière*.
Le côté de la tête, ou l'oreille.	Le sommet en devant, la face regarde le côté droit.	Le sommet en arrière, la face regarde le côté gauche.	Le sommet, à droite, la face regarde les pubis.	Le sommet à droite, la face regarde le sacrum.
L'épaule.	Le côté du col en devant, la face sternale regarde le côté droit.	Le côté du col, en arrière, la face sternale regarde le côté gauch.	Le côté du col, à gauche, la face sternale regar de les pubis.	Le côté du col, à droite, la face sternale regarde le sacrum.
Le côté de la poitrine	L'aisselle en devant, la face sternale regarde le côté droit.	L'aisselle en arrière, la face sternale regarde le côté gauche.	L'aisselle à gauche, la face sternale regarde les pubis.	L'aisselle, à droite, la face sternale regarde le sacrum.
La hanche.	L'hypocondre en devant, la face sternale regarde le côté droit.	L'hypocondre en arrière, la face sternale regarde le côté gauche.	L'hypocondre à gauche, la face sternale regarde les pubis.	L'hypocondre, à droite, la face sternale regarde le sacrum,

Dans les *premières* positions des régions *latérales droites*, les pieds se trouvant à *gauche* de l'utérus, on opère de la *main droite*.

Dans les *deuxièmes* positions de ces mêmes régions, les pieds répondent à *droite* de l'utérus ; on opère de la *main gauche*.

Dans les *troisièmes* positions du côté droit de la tête et du col, on opère de la *main droite*.

Dans les *troisiemes* de l'épaule droite, et du côté droit de la poitrine, on opère de la *main droite*, en l'insinuant au-dessous du tronc de l'enfant.

Dans la *troisième* position de la hanche *droite*, on opère de la *main gauche*.

Dans la *quatrième* position du côté droit de la tête et du col, on opère de l'une ou l'autre main.

Dans les *quatrièmes* positions de l'épaule, du côté de la poitrine et de la hanche droite, on opère de la *main droite*, en l'insinuant à *gauche* et en *devant* de l'utérus.

Dans les *premières* positions des régions *latérales gauches*, les pieds se trouvant à *droite* de l'utérus, on opère de la main *gauche*.

Dans les *deuxièmes* positions de ces mêmes régions, les pieds répondant à *gauche* de l'utérus, on opère de la main *droite*.

Dans la *troisième* position du côté gauche de la tête et du col, on opère de la main *droite*.

Dans la *troisième* position de l'épaule, du côté de la poitrine et de la hanche gauche, on opère de la main *gauche*, en l'insinuant à *droite* et en *devant* de l'utérus.

Dans la *quatrième* position du côté gauche de la tête et du col, on opère de l'une ou l'autre main.

Dans les *quatrièmes* de l'épaule, du côté de la poitrine, on opère de la main *gauche*, en l'insinuant au-dessous du tronc de l'enfant.

Dans la *quatrième* position de la hanche *gauche*, on opère de la main *droite*.

* Dans les positions des côtés droit et gauche *de la tête* et *du col*, les pieds de l'enfant occupent le *fond* de l'utérus, du côté où répond la face dans chacune de ces positions.

De la grossesse et de l'accouchement de plusieurs enfants.

La grossesse, composée de plusieurs enfants, peut être le résultat d'une seule conception ou de plusieurs.

Lorsqu'une nouvelle conception a lieu chez une femme déjà enceinte, on donne à cette grossesse le nom de *superfœtation.*

La superfœtation ne peut être que le résultat d'une disposition particulière de l'utérus; elle ne peut avoir lieu que dans le cas où ce viscère est divisé selon sa longueur, par une cloison membraneuse, ou lorsqu'il est double (1).

Les enfants contenus dans la cavité de l'utérus, quel que soit leur nombre, sont le fruit d'une seule et même copulation.

On donne le nom de *jumeaux, besson, tri-jumeaux, quadri-jumeaux*, pour désigner le nombre d'enfants portés à la fois dans l'utérus.

---

(1) Nous en avons vu plusieurs exemples à l'hospice de la Maternité.

Signes de la grossesse composée.

Les *signes rationels* sont 1°. le volume extraordinaire de l'abdomen ; les mouvements obscurs, mais nombreux, ressentis par la mère, en différents points à la fois ; 3°. l'anticipation du terme ordinaire de l'accouchement.

Les *signes sensibles* sont : 1°. le volume, le poids de l'utérus ; 2°. la petitesse de la tête, quand c'est elle qui se présente à l'orifice ; 3°. l'immobilité de cette partie, lorsqu'on cherche à la repousser au moyen du doigt.

Signes sensibles après l'accouchement.

1°. Le volume, la dureté, les inégalités et la contraction de l'utérus ; la présence d'une tumeur à l'orifice, formée par les membranes, ou par la partie que le second enfant présente.

De la manière dont s'opère l'accouchement dans le cas de grossesse composée ; et des moyens de terminer l'accouchement dans ces différens cas.

La pluralité des enfants n'apporte, le plus souvent, aucun obstacle à l'accouchement.

La nature, ou l'art, termine l'accouchement, comme si chaque enfant eut été solitaire.

Plus les jumeaux sont petits, plus ils sont environnés de fluide, et plus leurs attitudes peuvent être variée.

Chaque fœtus a son placenta, son cordon, son enveloppe et son fluide qui lui sont propres.

Le plus généralement, dans les grossesses de deux enfants, à terme, l'un est plus volumineux que l'autre ; le plus fort pèse ordinairement de un et demi à deux kilogrammes, (3 à 4 liv.) ; le plus faible, de un à un kilogramme et demi (2 à 3 liv.) (1).

Deux jumeaux peuvent présenter ensemble la tête au détroit abdominal, pendant que l'une s'engage dans l'excavation, l'autre reste appuyée sur la marge du bassin, et vient s'engager à son tour, quand la première est sortie (2).

---

(1) J'ai sous les yeux deux jumeaux, dont l'un pesait, 2 jours après sa naissance, cinq livr. et demie; et l'autre quatre liv. et demie.

(2) Voyez planche 126, page 597.

Quelquefois, les fesses du second enfant, étant appuyées sur celles du premier, descendent à mesure que celui-ci s'engage; de sorte que le second enfant, qui, d'abord, présentait la tête au détroit abdominal, présente les fesses quand le premier enfant est sorti.

(Voyez planche 126, page 597).

D'autres fois, l'un présente la tête et l'autre les fesses, au commencement du travail : si celui qui présente la tête s'engage le premier, la tête de l'autre, appuyée sur les fesses de celui qui s'engage, descendra à mesure que le premier sortira; le second enfant ayant fait ainsi la culbute, au lieu de s'engager par les fesses, vient, comme le premier, présenter la tête au détroit abdominal.

(Voyez planche 127, page 599).

Quand la situation respective des deux jumeaux devient nuisible à leur sortie; que la tête de l'un est plus avancée que les pieds de l'autre, ou que le bras de celui-ci s'engage avec la tête du premier, il faut appliquer le forceps sur la tête qui se présente, selon le précepte établi pour la position qu'elle affecte à l'égard du bassin, et l'on en fait l'extraction.

Si les pieds ou les fesses de l'un, sont plus engagés que la tête de l'autre, d'une main on repousse la tête, et de plusieurs doigts de l'autre main, on accroche la hanche, si ce sont les fesses, ou l'on saisit les pieds, si ce sont eux qui tendent à s'avancer les premiers.

Quand les deux têtes restent stationnaires au-dessus du détroit abdominal, on introduit l'une ou l'autre main, pour faire la version d'un des deux enfants.

Les deux têtes étant arrêtées au-dessus du détroit abdominal, l'une à droite du bassin et l'autre à gauche, les fesses se trouveraient inclinées du côté opposé, c'est-à-dire, que celui dont la tête est située à gauche, les fesses inclinées à droite, *et vice versâ*, de sorte que les enfants s'entre-croisent.

(Voyez planche 128, page 601).

Si l'on voulait amener par les pieds celui dont la tête est à droite, il faudrait introduire la main droite, en suivant le côté de la tête et la face costale droite, jusqu'aux pieds, pour les abaisser tous les deux dans la première position de ces extrémités.

Quelquefois encore un des deux enfants,

ou tous les deux, se présentent en travers ; mais ce doit être un cas fort rare, puisque cette situation, le fœtus étant seul dans l'utérus, ne s'est pas rencontrée une seule fois, sur 12,751 accouchements ; cependant, si ce cas arrivait, on irait prendre le pied de celui qui se présenterait le premier. (Voyez planche 129, page 603). Celui qui présente le dos ou le côté à l'orifice de l'utérus, ayant les pieds à droite, on les engagerait dans la 2e. position ; et si le second ne présentait pas une partie favorable à sa sortie, on saisirait de même les pieds qui seraient à gauche, pour les engager dans la 1re. position.

Assez souvent après l'extraction du premier enfant, l'autre se présente dans une bonne position ; s'il en était autrement, il faudrait opérer l'accouchement comme si l'utérus ne contenait qu'un seul enfant.

Lorsque les extrémités inférieures des deux fœtus se présentent en même tems, il faut porter les doigts assez profondément dans l'utérus, pour s'assurer des deux extrémités qui appartiennent au même enfant, et tandis que l'on ferait des tractions sur les jambes de l'un,

on repousserait les fesses de l'autre au-dessus du détroit supérieur.

Enfin, telles positions vicieuses que puisse affecter l'un ou les deux fœtus, on se conduira comme il est recommandé pour la position dans laquelle chacun d'eux pourra se trouver.

Mais l'on fera toujours bien, à moins que l'on n'y soit commandé par des accidents graves, de ne point se hâter de terminer le second accouchement, afin de donner le tems à l'utérus de revenir de l'état de stupeur dans lequel il est, à cause de la distension forcée qu'il a éprouvée avant la sortie du premier enfant.

Les cas de grossesse double, font sentir combien il est important de ne point délivrer la femme, que l'on n'ait d'abord exploré l'abdomen, pour s'assurer de l'état de l'utérus, de son volume, de sa consistance, de sa forme, etc. Dans le cas de duplicité de grossesse, où les placenta sont ordinairement unis et, pour ainsi-dire, confondus ensemble, en délivrant la femme après la sortie du premier enfant, on détacherait le placen-

ta du second, ce qui occasionerait une hémorrhagie très-dangereuse pour la femme, et le plus souvent mortelle pour l'enfant resté dans l'utérus.

Il faut donc, et c'est la première chose à faire après l'accouchement, soit simple ou complexe, porter la main sur l'abdomen, pour s'assurer de l'état de l'utérus, avant d'en venir à la délivrance.

Si l'abdomen est encore développé, dur; si l'on sent à travers ses parois des inégalités qui puissent faire soupçonner qu'il y a un second enfant dans l'utérus, on porte le doigt dans l'orifice utérin, pour s'en assurer. Pendant une contraction, l'orifice se resserre; on sent une tumeur formée par les membranes, ou par la partie que l'enfant présente; les contractions se renouvellent, un autre travail recommence, et un second accouchement a lieu: quelquefois, mais très-rarement, après la sortie du second enfant, l'utérus fait encore de nouveaux efforts pour en expulser un troisième.

Lorsqu'on aura la certitude que l'utérus est contracté, revenu sur lui-même, et qu'il ne contient plus que les secondines, on s'assu-

rera, au moyen de quelques doigts introduits dans le vagin, si le placenta s'engage dans l'orifice ; dans le cas où les cordons seraient trop faibles, on faciliterait l'expulsion de cette masse, en abaissant un de ses bords pour qu'elle présente moins de volume à l'orifice qu'elle doit franchir.

Il ne faut pas s'éloigner trop tôt d'une femme qui vient d'accoucher de plusieurs enfants, surtout si elle est d'une constitution faible, dans la crainte qu'il ne survienne une hémorrhagie ; accident fort ordinaire en pareil cas.

Pour rendre cet ouvrage plus complet, nous nous proposions d'y ajouter une notice sur les maladies auxquelles sont exposées les femmes, pendant la grossesse, l'accouchement, et pendant la durée des couches ; mais des raisons particulières nous obligent à supprimer ce travail, quoique déjà fait ; nous nous bornerons seulement à présenter un choix des Aphorismes de MAURICEAU, et quelques-uns que nous avons traduits de *La Levatrice Moderna* (1) d'ORAZIO VALOTA.

(1) Nuova edizione, da *Guiseppe Chiappari*, chirurgo dello spedal maggiore di Milano. — 1804.

PLANCHE CXXVI.

Enfants Jumeaux.

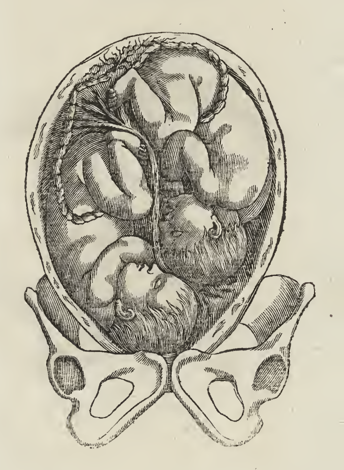




PLANCHE CXXVII.

Enfants Jumeaux.





PLANCHE CXXVIII.

Enfants Jumeaux.

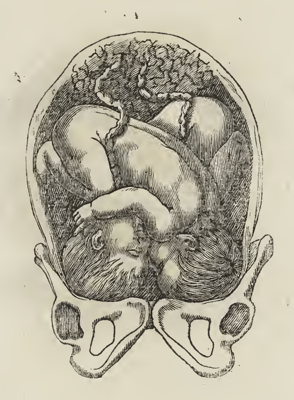
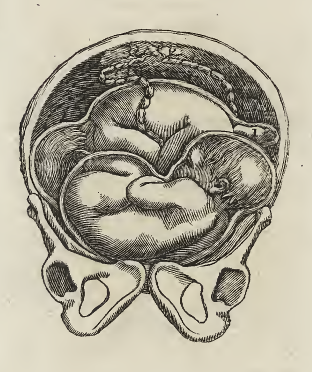


PLANCHE CXXIX.

Enfants Jumeaux.



APHORISMES DE MAURICEAU,

Accoucheur au 17e. siècle.

Maladies des Femmes.

1. « L'intelligence de ces Aphorismes rendant l'art des Accouchements moins long, l'expérience moins périlleuse, le jugement moins difficile, fera que la curation des maladies des femmes en sera d'autant plus facile.

2. Pour bien connaître les maladies des femmes et y bien remédier, il faut avoir une parfaite connaissance de la matrice (1) et de toutes les parties qui en dépendent.

3. Le déréglement des fonctions de la matrice est cause de la plus grande partie des maladies des femmes.

4. La condition des femmes est très-malheureuse puisqu'elles sont sujettes non-seulement à toutes les indispositions des hommes, mais encore à une infinité d'autres dont les hommes sont exempts.

5. La curation des maladies des femmes diffère beaucoup de la curation de celles des hommes.

6. Comme la curation des maladies des femmes diffère grandement de la curation de celles des hommes ; le traitement des femmes grosses ne diffère pas moins de celui qui peut convenir aux maladies des femmes qui ne sont pas grosses.

7. Les maladies des femmes sont bien plus dangereuses dans le tems de la grossesse, parce qu'on ne peut pas pour lors leur faire tous les remèdes qui leur pourraient convenir en d'autres tems.

(1) De ses fonctions et de sa structure.

8. Si la femme grosse a une maladie qui demande quelqu'opération de chirurgie de haut appareil, comme celle qui convient en la pierre en la vessie (1), à la fistule à l'anus, ou autre, il faut, autant qu'on le peut, différer cette opération jusqu'après l'accouchement.

9. Les femmes souffrent ordinairement tant d'incommodités durant tout le tems de la grossesse, qu'on l'appelle vulgairement avec raison *maladie de neuf mois*.

10. Les femmes sont le plus souvent malades quand elles sont grosses à cause de la suppression de leurs menstrues ; mais au contraire, la plupart des animaux qui n'ont point de menstrues, paraissent presque toujours en bonne santé durant qu'ils portent leurs petits au ventre.

11. Dans toutes les maladies des femmes grosses, on doit empêcher, autant qu'il est possible, qu'elles n'accouchent durant que la nature est trop occupée par la grandeur de la maladie, pour pouvoir bien régir l'évacuation des vidanges qui doit suivre l'accouchement.

12. Les femmes qui avortent ou qui accouchent dans le tems qu'elles ont une fièvre continue, sont en très-grand danger de la vie, et principalement celles dont la fièvre est accompagnée de fluxion sur la poitrine.

13. Le quinquina se peut donner aussi sûrement aux femmes grosses, pour la guérison de la fièvre qu'à d'autres personnes.

---

(1) Une pierre dans la vessie pourrait, si elle était volumineuse, nuire d'une part à la progression de la tête, irriter, déchirer la vessie, et de l'autre, occasioner l'inflammation de l'utérus, et faire souffrir à la femme, des douleurs atroces. Il vaudrait donc mieux extraire la pierre avant l'accouchement.

14. Les femmes sont ordinairement soulagées par l'accouchement, des incommodités et des maladies que leur avait causées la grossesse ; mais leurs autres indispositions qui n'ont aucun rapport à la grossesse, ont continuées d'augmenter après l'accouchement , quand il arrive dans un état maladif.

15. L'on voit quelquefois des femmes très-valétudinaires et infirmes, faire des enfants assez sains , parce que l'enfant a en soi un principe de vie particulier qui purifie souvent la mauvaise nourriture qu'il reçoit de la mère , comme nous voyons que la greffe rectifie et adoucit l'austérité de la sève de l'arbre sauvage sur lequel elle est entée.

SECTION 2.

Dispositions différentes de la matrice.

16. Comme la matrice doit servir d'égoût à toute l'habitude du corps de la femme, il ne faut jamais user d'injections astringentes en cette partie, si une excessive perte de sang n'y oblige.

17. Les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants ont toujours l'orifice interne de la matrice (1) assez petit et d'une rondeur égale; mais celles qui en ont eu, l'ont ordinairement plus gros et plus inégal que les autres.

18. L'orifice interne de la matrice est toujours d'une substance beaucoup plus molle (2) dans le tems delagrossesse qu'en tout autre.

19. L'ouverture de l'orifice interne de la matrice d'une femme grosse , n'est pas toujours un signe assuré qu'elle soit en travail, car on en voit quel-

(1) Du tems de *Mauriceau*, on considérait comme orifice externe de la matrice , l'entrée du vagin , et comme orifice interne l'orifice utéro-vaginal, ou externe de l'utérus.

(2) Excepté dans les premières semaines de la conception.

que fois à qui cet orifice est ouvert à y introduire le doigt un mois devant que d'accoucher (3).

20. La matrice de la femme n'a qu'une seule cavité, à la différence de celle de beaucoup d'autres animaux qui ont plusieurs cellules en cette partie (4).

21. La génération de l'enfant peut bien se faire vers un des coins de la matrice où aboutit le vaisseau déférent éjaculatoire, appelé *tuba* ; mais il est impossible qu'elle se fasse dans ce vaisseau même (5).

22. Il y a des femmes qui rendent quelquefois des vents de la matrice avec aussi grand bruit que si c'était de l'*anus*, ce qui, toutefois, ne leur cause aucune autre incommodité, que l'indécence de ce bruit extraordinaire (6).

23. Tous les vaisseaux de la matrice sont beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, lorsque les femmes ont leurs menstrues ou qu'elles sont sur le point de les avoir, et ils deviennent d'autant plus gros en toutes les femmes, que le terme de leur grossesse est avancé.

24. Plus la substance des corps de la matrice se dilate dans le tems de la grossesse, plus elle devient mince et déliée ; son épaisseur étant consommée en ce tems, par sa grande extension (7).

---

(3) Excepté chez celles qui sont enceintes pour la première fois.

(4) On rapporte quelques exemples d'utérus double chez les femmes.

(5) On a des preuves que cette grossesse a eu lieu, soit dans la trompe, dont veut parler *Mauriceau*, soit dans l'ovaire, et que l'enfant s'y est développé.

(6) L'utérus qui contient de l'air n'est point dans l'état naturel; il est dans un état maladif.

(7) Si les calibres de vaisseaux de l'utérus augmentent de volume pendant la grossesse, comme le dit *Mauriceau*, dans l'aphorisme 23, les parois de l'utérus ne s'amincissent donc point, en

25. La matrice est si mince dans les derniers mois de la grossesse, qu'elle se crève quelquefois, ne pouvant souffrir la grande extension que la grosseur de l'enfant lui fait en ce tems (8).

SECTION 3.

Des Menstrues.

26. Les femmes ne sont ordinairement en bonne santé que lorsqu'elles sont bien réglées, quand il faut et comme il faut, dans l'évacuation de leurs menstrues : ainsi, l'on peut dire que la matrice est l'horloge de leur santé.

27. Quelque maladie qu'une jeune femme ait, lorsque cette maladie est causée ou accompagnée d'une suppression des menstrues, il faut la saigner du bras ou du pied, selon que les accidents le requièrent au moins une fois le mois, pour suppléer au défaut de cette évacuation naturelle.

28. Dans toutes les maladies des femmes qui ont suppression de leurs menstrues, la saignée leur est si utile qu'elle convient même aux femmes hydropiques.

29. Les jeunes femmes ne deviennent presque jamais grosses, devant que d'avoir eu au moins une fois leurs menstrues, et il est très-rare que celles qui sont accouchées, le redeviennent avant qu'elles

raison du développement de l'utérus. L'utérus ne perd que peu ou point de son épaisseur. C'est en quoi le phénomène de la grossesse est le plus étonnant et le plus admirable.

(8) Il est vrai que l'utérus peut s'amincir en quelques points, surtout vers ceux qui sont en contact avec le bassin.

Plusieurs causes peuvent donner lieu à la rupture.

L'utérus n'est pas toujours développé, en raison du volume de l'enfant.

aient eu ; derechef, cette évacuation menstruelle ensuite de leurs couches (9).

30. Les excrétions sanglantes de la matrice ne doivent pas être qualifiées de menstrues après l'âge de 58 ou 60 ans ; car pour-lors ces sortes d'excrétions sont symptômatiques et très-souvent signes avant-coureurs d'ulcères carcinomateux, et de la mort qui les suit.

31. Les femmes qui ont leur évacuation menstruelle moins de trois jours, ou plus de six, ne se portent pas ordinairement aussi bien que les autres (10).

32. On voit mourir beaucoup plus de femmes depuis l'âge de 45 ans jusqu'à 50, ou environ, qu'en aucun âge de leur vie, à cause que la nature commence pour-lors d'être privée de l'évacuation menstruelle qui leur était salutaire (11).

33. Le sang menstruel des femmes bien saines, ne diffère presque pas en couleur, en consistance et en autre qualité de celui qui reste dans les vaisseaux.

34. La simple suppression des menstrues cause quelquefois aux filles vierges des dégoûts, des nausées et des vomissements, comme il en arrive ordinairement aux femmes grosses.

35. On peut bien voir quelques femmes avoir dans la suppression de leurs menstrues, quelques simples sérosités qui sortent de leurs mammelles, mais non pas du véritable lait, si elles ne sont point grosses et qu'elles n'aient jamais eu d'enfants.

36. Le tems qui précède l'évacuation des menstrues ni celui auquel elles fluent, n'est point propre à purger les femmes ; c'est pourquoi il faut toujours

(9) On voit des femmes qui font un enfant tous les neuf mois.

(10) Cette remarque n'est pas d'une exactitude rigoureuse.

(11) Cette observation n'est applicable qu'aux femmes de notre climat.

attendre, autant qu'on le peut, que cette évacuation soit finie pour purger celles qui en ont besoin.

37. Le flux menstruel que l'on voit quelquefois paraître en certaines femmes dans les premiers mois de la grossesse, vient dans le tems ordinaire, sans aucun accident (11), mais les pertes de sang viennent dans un tems extraordinaire, et sont toujours accompagnées de quelques accidents qui sont d'autant plus à craindre que ces pertes de sang sont grandes.

38. Les femmes qui, avant de devenir grosses, étaient valétudinaires, à cause de la petite évacuation de leurs menstrues, se portent mieux ordinairement après être accouchées, parce que les vaisseaux qui servent à cette évacuation menstruelle, en sont rendus plus libres.

39. On voit beaucoup de femmes incommodées de rhumatismes, quand elles ont quelque déréglement ou suppression de leurs menstrues ; mais il est très-rare d'en voir qui aient la goutte.

40. La première évacuation des menstrues qui arrive aux femmes accouchées, quelques mois après leur accouchement, est presque toujours plus abondante qu'à l'ordinaire : elle est néanmoins sans aucun danger.

41. Les filles de 13 ou 14 ans, qui sont valétudinaires et qui n'ont pas encore eu aucune évacuation menstruelle, ne commencent à se bien porter qu'après que cette évacuation leur est arrivée avec l'âge.

42. Lorsque les femmes sont dans le tems de l'évacuation de leurs menstrues, et dans tout celui des vi-

(11) L'hémorrhagie ou la perte, peut également se manifester aux époques des règles chez la femme grosse : l'irritation de l'utérus, ou sa faiblesse extrême peut donner lieu à cet accident.

danges de leurs couches, elles doivent s'abstenir d'aller en toutes voitures secouantes, pour éviter que cette évacuation ne soit excessive, et que la matrice, qui est en fluxion, n'en soit blessée.

SECTION 4.

Pertes de sang, dans le tems de la grossesse.

43. Les femmes à qui l'on voit paraître quelqu'évacuation de sang par la matrice, durant les premiers mois de leur grossesse, doivent se faire saigner du bras (12), se tenir en repos, et s'abstenir entièrement du coït, si elles veulent conserver leur grossesse.

44. Les grandes et excessives pertes de sang, qui arrivent quelquefois à la femme grosse, viennent presque toujours du détachement entier ou en partie de l'arrière-faix d'avec la matrice, et ces sortes de pertes de sang, ne cessent jamais entièrement que la femme ne soit accouchée (13).

45. Le cordon de l'ombilic qui est naturellement trop court, et qui, par accident, est embarrassé autour de quelque partie de l'enfant au ventre de la mère, est souvent cause que l'enfant ne pouvant se remuer librement, sans tirailler ce cordon dont il est bridé, fait détacher prématurément l'arrière-faix d'avec la matrice, et cause en même tems une grande perte de sang.

46. Les pertes de sang qui arrivent aux femmes grosses, sont toujours d'autant plus dangereuses que le terme de la grossesse est plus avancé.

---

(12) Si la femme annonce être dans un état de pléthore sanguine.

(13) Quand le placenta n'est qu'en partie détaché, quelquefois au moyen du repos et d'un régime approprié, la femme parvient au dernier terme de sa grossesse; mais quand le placenta est greffé sur le col, c'est très-rare.

47. Les pertes de sang qui sont accompagnées de fréquentes syncopes, sont très-souvent mortelles aux femmes grosses et à leurs enfants.

48. Les pertes de sang qui arrivent aux femmes dans les deux ou trois premiers mois de leur grossesse, ne sont presque jamais mortelles quelques abondantes qu'elles soient ; mais celles qui leur arrivent dans les deux derniers mois, leur sont très-souvent funestes et à leurs enfants.

49. Entre les femmes grosses qui ont une excessive perte de sang qui oblige d'accélérer leur accouchement, celles dont l'orifice interne de la matrice (l'utéro-vaginal) est fort épais et dur, sont beaucoup plus en danger de mourir que celles qui ont ce même orifice mince et mollet.

50. Les grandes pertes de sang qui sont accompagnées de convulsions, sont presque toujours mortelles aux femmes grosses.

51. La saignée du bras est utile aux femmes grosses, pour les préserver de perte de sang (14), quand elles y sont sujettes ; elle convient aussi à celles qui en ont de petites ou de médiocres ; mais on ne la doit point pratiquer pour des pertes excessives.

52. L'arrière-faix qui se présente devant l'enfant, au passage, cause toujours une excessive perte de sang à la mère, et très-souvent la mort, aussi bien qu'à l'enfant, si on n'y remédie aussitôt par l'accouchement.

53. De quelque tems qu'une femme soit grosse, quand elle a une perte de sang si excessive qu'elle en tombe en fréquentes syncopes, l'accouchement est le plus salutaire remède qu'on lui puisse donner et à son enfant s'il est encore vivant.

54. Dans les pertes de sang des femmes qui sont

(14) Nous avons déjà dit que la saignée ne convenait que dans le cas de pléthore sanguine.

en travail, il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plutôt qu'on le peut faire (15), afin de lui donner lieu de s'avancer au passage, sans pousser les membranes qui, étant agitées par l'impression des douleurs, augmenteraient encore la perte de sang, en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent.

55. Quoique l'accouchement soit le plus salutaire remède qu'on puisse donner aux femmes grosses qui ont une excessive perte de sang (16), il leur est souvent inutile, si l'on diffère trop long-tems, à leur donner ce secours.

46. Quand il arrive une perte de sang à une femme grosse, si le sang vient du fond de la matrice, il est toujours suivi de l'avortement ; mais lorsqu'il ne s'écoule que du col de la matrice (du vagin), l'on peut encore espérer la conservation de la grossesse ; l'une et l'autre dispositions se connaissent par l'ouverture ou par la clôture de la matrice (17).

57. Les fréquentes faiblesses, le tintement des oreilles, la vue éblouie et égarée, sont tous les signes presque certains de mort, quand ils procèdent d'une grande perte de sang en une femme grosse de six mois et au-dessus, et principalement si cette perte a été causée par quelque blessure.

---

(15) *Louise Bourgeois* avait donné ce précepte avant *Mauriceau*.

Par la contraction plus forte de l'utérus qui résulte de l'évacuation des eaux, les orifices des vaisseaux qui fournissaient le sang, se trouvent oblitérés.

(16) Sur tout quand elle est occasionée par l'implantation du placenta, sur l'orifice de l'utérus.

(17) L'orifice n'est jamais clos au point de ne pouvoir permettre l'issue du sang qui proviendrait de sa cavité.

SECTION 5.

Pertes de sang, après l'accouchement.

58. Les femmes qui accouchent de gros enfants, sont fort sujettes à de grandes pertes de sang aussitôt qu'elles sont accouchées, parce que les gros enfants ont ordinairement de gros arrière-faix dont les vaisseaux sont fort amples auxquels ceux de la matrice sont toujours proportionnés (18).

56. Les femmes qui sont sujettes à de grande pertes de sang après leur accouchement, doivent être saignées du bras deux ou trois fois, durant le cours de leur grossesse (dans le cas de plétore sanguine) et même encore une fois, dès qu'elles commencent d'être en travail.

60. Les femmes qui ont une grande perte de sang dans leur accouchement, sont ensuite sujettes à être incommodées, durant plusieurs jours, d'un très-grand mal de tête avec fièvre, qui procède d'une espèce de fermentation qui se fait au sang nouvellement engendré, semblable à celle qui se fait au vin nouveau, et elles restent long-tems avec les pâles couleurs et les jambes enflées.

61. Les femmes qui ont une perte de sang excessive dans leur accouchement, doivent s'abstenir du coït pendant trois mois, et se tenir en repos au lit lorsque la première évacuation de leurs menstrues se fera.

SECTION 6.

Stérilité des femmes.

62. Les femmes qui ont la matrice intempérée, soit

(18) Il faut ajouter que plus on se pressera de délivrer les femmes, dans ce cas, plus elles seront exposées, à cause de l'inertie de l'utérus qui résulte du passage brusque de son état de plénitude extrême, à celui de vacuité.

en excès de chaleur et sécheresse, soit en froidure et humidité, sont ordinairement stériles (19).

63. Les femmes stériles sont ordinairement plus valétudinaires que les autres (20).

64. La stérilité vient le plus souvent du défaut personnel qui se rencontre dans les femmes ; car on voit ordinairement plus de trente femmes stériles pour un homme impuissant.

65. Les femmes stériles ont ordinairement l'orifice interne de leur matrice plus petit ou plus grêle que les autres.

66. Il y a certaines femmes qui ne sont stériles que pour un tems seulement et qui, changeant de tempérament avec l'âge, deviennent enfin fécondes.

67. La génération d'un faux germe en une femme qui avait été auparavant stérile, est pour l'ordinaire, un signe avant-coureur de fécondité pour l'avenir (21).

68. Les bains d'eau tiède et l'usage des eaux minérales ensuite, sont très-convenables aux femmes stériles pour lever les obstructions de la matrice qui peuvent causer leur stérilité.

69. Outre que les filles qui naissent imperforées de la matrice (du vagin) sont stériles tant que cette mauvaise situation subsiste ; elles mourraient indubitablement dans la suite, si on ne leur faisait une ouverture à la vulve, capable de servir à l'évacuation de leurs menstrues dans le tems.

---

(19) Il est des femmes fort incommodées de flueurs blanches, et qui ne laissent pas que de concevoir, et ainsi que d'autres qui sont dans un état contraire.

(20) Quand la stérélité a pour cause la privation ou l'irrégularité des menstrues.

(21) Le faux germe, ou la mole étant une conception dégénérée, rien de plus certain que la femme est apte à concevoir.

70. Les femmes qui cessent durant deux ou trois ans d'être fécondes comme elles étaient auparavant, et acquièrent un embonpoint extraordinaire, deviennent assez souvent après cela stériles.

71. Certaines femmes qui par la contrariété de leur tempérament, avaient paru être stériles avec des hommes qui n'étaient pas impuissants, deviennent fécondes avec d'autres hommes dont le tempérament a plus de conformité avec le leur.

72. Les femmes qui ont l'évacuation menstruelle en petite quantité conçoivent difficilement ; mais celles qui sont entièrement privées de cette évacuation, sont tout-à-fait stériles (21).

73. La naissance du premier enfant d'une femme qui avait été stérile pendant un long tems, lui donne souvent, dans la suite, plus de disposition à faire d'autres enfants, qu'elle n'avait auparavant, à cause que les vaisseaux qui servent à l'évacuation des mois, étant devenus plus amples dans la grossesse, restent plus libres après l'accouchement.

SECTION 7.

Conception de l'enfant.

74. Les femmes conçoivent plus facilement dans les cinq ou six premiers jours qui suivent l'évacuation de leurs menstrues, qu'en tout autre tems.

78. Tout le corps du fœtus est formé dès le premier jour de la conception, et n'est pas, pour-lors, plus gros qu'un grain de millet ; tout le reste du tems de la grossesse, ne servant seulement qu'à lui donner l'accroissement nécessaire.

(21) Ni l'une, ni l'autre de ces deux propositions ne sont rigoureusement vraies.

SECTION 10.

Différents tems de la grossesse.

83. Quelques femmes grosses sentent leur enfant se mouvoir dès le premier mois accompli (22) ; beaucoup d'autres ne le sentent pas devant six semaines ou deux mois ; mais la plupart le sentent à trois mois, ou environ ; quelques-unes, toutes fois, ne le sentent bien manifestement qu'à quatre mois.

84. La diversité du sexe de l'enfant ne contribue point à son prompt ou tardif mouvement dans le tems de la grossesse.

85. Beaucoup de femmes ayant ignoré leur grossesse dans le commencement, à cause de quelqu'évacuation menstruelle dans les deux premiers mois, croient ensuite accoucher à huit mois, ou à sept mois seulement, quoiqu'elles soient pour-lors effectivement grosses de neuf mois entiers.

86. Les femmes portent le plus ordinairement leur enfant dans le ventre, neuf mois entiers ; quelques-unes le portent même encore plusieurs jours par de là ce terme ; mais on n'en voit point qui passent entièrement le dixième mois.

87. Les enfans qui naissent après le terme de neuf mois entièrement accomplis sont toujours plus gros qu'à l'ordinare.

88. Les enfants qui naissent sont toujours d'autant plus gros et robustes, et, parconséquent, d'autant plus viables, qu'ils approchent du terme le plus parfait qui est la fin du neuvième mois de la grossesse de leur mère.

---

(22) La ténuité et le peu de consistance qu'a l'embryon à cette époque, et la quantité d'eau dont il est environné, doivent rendre ses mouvements insensibles pour la mère, et même à une époque plus avancée ; encore peut-elle confondre les mouvements des intestins avec ceux de l'enfant.

SECTION 11.

Enfant né à sept mois.

89. Il est si rare de voir vivre un enfant dans la suite, qui est véritablement né à sept mois, que de mille, à peine s'en rencontre-t-il un seul qui échappe.

SECTION 12.

Enfant né à huit mois.

90. Plus de la moitié des enfants nés à huit mois complets, vivent dans la suite, si on leur donne une bonne nourrice qui en ait bien du soin.

SECTION 14.

Signes qui dénotent qu'une femme est grosse de plusieurs enfants.

96. Les femmes qui sont grosses de plusieurs enfants sont beaucoup plus incommodées durant tout le tems de leur grossesse, et accouchent ordinairement, au moins quinze jours ou trois semaines devant la fin du neuvième mois, et elles ont presque toujours les jambes enflées jusques aux cuisses, dans les derniers mois, et ont même aussi quelquefois les deux lèvres de la vulve toutes tuméfiées (23).

SECTION 15.

Signes qui distinguent la fausse grossesse de la vraie.

97. Les femmes qui ont une fausse grossesse, ont ordinairement le ventre également tendu de tous côtés ; mais celles qui sont grosses d'enfant, l'ont toujours plus éminent vers le devant. (Ce signe est équivoque.)

(23) On ajoute encore que les enfants remuent ensemble ou séparément en divers points à la fois, et tout-à-fait opposés ; que le ventre est beaucoup plus volumineux que dans la grossesse simple, à pareille époque.

98. Dans les soupçons douteux de grossesse avancée de quatre ou cinq mois, ou plus, si l'on trouve que le nombril de la femme soit enfoncé et l'orifice de la matrice petit et dur, on peut être assuré qu'elle n'est pas grosse d'enfant.

99. Les faux soupçons de grossesse arrivent ordinairement aux femmes qui ne sont pas bien réglées dans l'évacuation de leurs menstrues ; mais principalement aux femmes de 35 ou 40 ans.

100. La relation que fait la femme, des incommodités qu'elle ressent, si elle est fidèle, peut beaucoup contribuer à faire connaître sa grossesse ; mais il ne faut pas toujours s'y fier, car beaucoup de femmes sont sujettes à se tromper elles-mêmes, ou à tromper les autres ; et quelques-unes croyent être grosses quoiqu'elles ne le soient pas, et d'autres le sont quoiqu'elles ne le croyent pas.

SECTION 17.

De la mole ou du faux germe.

103. Dans la vraie grossesse, l'enfant a de soi, un mouvement de totalité et de partialité ; mais dans la fausse grossesse, la mole n'a qu'un simple mouvement décidence, ou, par accident, celui d'un certain trésaillement convulsif qui arrive quelque fois à la matrice qui en est irritée (24).

104. La mole n'est proprement qu'un gros faux germe, qui, étant resté dans la matrice après le terme auquel la nature a coutume d'expulser ces sortes de corps étrangers, y a pris un plus grand accroissement. (Voyez la note 21.)

105. Les femmes n'engendrent jamais des moles si elles n'ont usé du coït.

---

(24) Ces signes ne sont pas décisifs, parce qu'ils sont communs avec ceux de la vraie grossesse, dans le cas de mort du fœtus.

107. La mole n'a point d'arrière-faix, ni de cordon qui lui soit attaché comme l'enfant l'a toujours; elle est ordinairement elle-même, aussi-bien que le faux germe, une espèce d'arrière-faix avorté dès les premiers jours de la conception. (L'embryon a péri, le placenta a continué de végéter.)

108. Comme les véritables moles ne sont que de gros faux germes, toutes ces sortes de corps étrangers ne restent jamais dans la matrice après le terme de l'accouchement passé.

SECTION 18.

Régime des femmes grosses.

110. Si les aliments, quoique moins bons, dont les femmes grosses usent avec appétit, sont d'un commun usage à la nourriture, ils sont préférables aux autres meilleurs, dont elles n'useraient qu'avec répugnance.

111. Les femmes grosses qui sont incommodées d'aigreur d'estomac doivent s'abstenir de toutes sortes d'acides et de manger des fruits cruds, de la salade, du sucre et même de boire du vin; car le vin fait aigrir ces sortes d'aliments dans l'estomac, et y contracte aussi réciproquement la même aigreur.

113. La femme qui est sujette à des avortements, doit, aussitôt qu'elle s'aperçoit d'avoir conçu, s'abstenir entièrement du coït, si elle veut conserver sa grossesse.

114. La femme doit se tenir plus en repos qu'à l'ordinaire, vers le dernier mois de sa grossesse, parce que c'est environ ce tems-là que l'enfant a coutume de se tourner, pour prendre sa situation naturelle; de sorte que si la femme vient à faire pour-lors quelque exercice extraordinaire, l'enfant

au lieu de se tourner en droite ligne, se tourne de travers (25).

115. Comme il est très-constant que de dix fausses couches, ou avortements, il y en a neuf qui leur arrivent avant la fin du troisième mois de leur grossesse, il est plus utile de les saigner par précaution dans les premiers mois, que d'attendre, comme l'on fait ordinairement, qu'elles soient grosses de quatre mois et demi (26).

116. Si l'on veut purger plus sûrement une femme grosse qui en a besoin, il faut la saigner du bras auparavant(27).

118. Il ne faut pas ouvrir les varices des jambes aux femmes grosses pour en tirer du sang; car cette évacuation, ferait pour-lors le même effet que la saignée du pied qui ne doit point être pratiquée dans le tems de grossesse (28).

119. Il faut saigner du bras les femmes grosses qui ont des hémorrhoïdes douloureuses, à quelque terme qu'elles soient de leur grossesse.

120. La violente et fréquente toux des femmes grosses, peut facilement leur causer de grandes pertes de sang, et l'avortement dans la suite.

121. La grossesse et l'action du coït sont toujours très-contraires aux femmes qui sont sujettes à cracher le sang.

---

(25) Le conseil est bon; mais il est douteux que les mouvements de la mère contribuent à la mauvaise situation de l'enfant.

(26) On doit avoir égard à la cause qui pourrait faire craindre l'avortement.

(27) Dans le cas où elle serait sanguine, sans quoi elle tomberait malade.

(28) On ne saurait affirmer que la saignée du pied, soit un moyen propre à faire avorter les femmes.

122. La saignée du bras, le lait, la boisson tiède, le parler peu, la liberté du ventre, et l'abstinence du coït, conviennent fort aux femmes grosses qui sont travaillées d'une violente toux, et principalement à celles qui crachent du sang.

123. Il ne faut jamais purger les femmes grosses ni autres qui ont un crachement de sang, ou la toux de la poitrine échauffée, ou celles qui ont la matrice en fluxion.

SECTION 19.

Flux du ventre de la femme grosse.

124. Le flux du ventre provoque souvent l'avortement aux femmes grosses, et principalement s'il est dyssentérique.

125. Le flux dyssentérique qui fait avorter une femme, et qui lui continue plus de quatre jours après son avortement, lui est ordinairement funeste.

SECTION 20.

Descente de matrice.

126. On ne doit point faire promener ni tenir debout les femmes en travail qui étaient sujettes, avant leur grossesse, à une descente de matrice, et il est plus sûr de les accoucher étant au lit, que situées dans une chaise (29).

127. La descente et la chûte de la matrice peuvent bien arriver en tout tems à toutes sortes de femmes et quelquefois même aux filles ; mais il n'arrive jamais de renversement entier de cette partie qu'immédiatement après l'accouchement.

128. La plus fréquente cause des descentes et chûtes de la matrice, est celle qui vient des violents accouchements (30).

---

(29) Le conseil est également bon à suivre, pour prévenir la descente et le renversement après l'accouchement.

(30) L'effet n'est pas toujours le résultat de la cause.

129. Le renversement entier du fond de la matrice, qui ne peut pas être réduit ; s'il ne fait pas mourir la femme dès le premier jour que cet accident lui arrive, il lui est toujours funeste dans la suite, par une perte de sang continuelle.

130. La femme qui a une descente de matrice, ne doit point comprimer son ventre avec un bandage, ni porter ni lever aucun pesant fardeau, et doit s'assujettir à porter un pessaire, lorsque la descente est invétérée.

131. Si le pessaire est bien fait, la femme qui le porte actuellement ne laisse pas de pouvoir bien concevoir ; la semence étant reçue dans la matrice à travers le trou du péssaire (31).

SECTION 21.

Hydropisie de matrice.

132. Les eaux qui s'engendrent dans la matrice ne sont jamais enveloppées d'aucune membrane, surtout si la femme n'a point usé du coït.

SECTION 22.

Hydropisie du ventre.

133. L'hydropisie du ventre qui a précédé de long-tems la grossesse d'une femme, s'augmente encore souvent après qu'elle est accouchée.

134. L'hydropisie du ventre vient ordinairement aux femmes, par la privation ou entière cessation, ou a tout le moins, par une grande diminution de leurs menstrues.

---

(31) Le pessaire devient inutile à la femme enceinte de quatre à cinq mois ; le volume de l'utérus alors, ne laisse aucune crainte ; mais après sa couche lorsque la femme, sujette à la descente, voudra se lever ou marcher, elle fera bien de remettre le pessaire.

SECTION 23.

De l'Avortement.

135. Si, avec de grandes douleurs de reins, on voit sortir de la matrice, dans le tems de la grossesse, quelques excrétions qui n'avaient pas coutume de paraître, la femme est pour-lors en grand danger d'avortement et principalement si les excrétions sont teintes de sang.

136. Il est impossible qu'une femme ayant avorté d'un des enfants qu'elle aurait conçu puisse conserver l'autre jusqu'à terme (33).

138. L'avortement est toujours funeste à l'enfant ou dans le tems même de l'avortement, ou peu de tems ensuite.

139. Les avortements sont presque toujours accompagnés d'une grande perte.

141. Il arrive dix fois plus d'avortements dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse que dans tous les autres.

142. Il y a des femmes qui comme elles conçoivent facilement, aussi avortent-elles aisément sans aucune cause manifeste.

144. Les violentes agitations de l'esprit causent souvent des avortements aux femmes comme font celles du corps, et principalement la subite peur et la colère.

145. L'écoulement d'eau teinte du sang de la matrice d'une femme grosse, qui n'est pas à terme, est un signe avant-coureur ordinaire de l'avortement.

146. La femme qui avorte, est souvent plus diffi-

(33) On a vu des exemples, très-rares il est vrai, du contraire.

cilement délivrée de l'arrière-faix que celle qui accouche à terme (34).

147. Les femmes qui avortent, ayant la petite vérole, meurent presque toujours quelques tems après.

148. Dans les avortements au-dessous de quatre ou cinq mois, il ne faut pas beaucoup se mettre en peine de réduire en une bonne figure les enfants qui se présentent mal ; car, en quelque posture que ces avortons soient, la nature les expulse assez facilement à cause de leur petitesse.

149. Comme dans les avortements qui se font dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, la matrice ne s'ouvre qu'à proportion de la petitesse du fœtus, il arrive assez souvent que l'arrière-faix, dont le volume est beaucoup plus gros, est retenu au-dedans durant quelque tems (35).

150. La grosseur des fœtus avortans morts, ne correspond pas toujours au tems de la grossesse ; car ils n'ont ordinairement, quand ils sont expulsés de la matrice, que la grosseur qu'ils avaient quand leur principe de vie a été détruit.

151. Les femmes qui sont sujettes à de fréquents avortements doivent, avant que de se mettre en état de concevoir, être cinq ou six mois sans coucher avec leur mari et s'abstenir entièrement du coït, et se tenir en repos dès qu'elles se croiront être grosses.

152. Les arrière-faix squirreux sont souvent cause de l'avortement quand l'enfant devient un peu grand;

---

(34) Surtout si c'est dans les premiers mois de la grossesse. Ce n'est souvent qu'au moyen d'injections dans la cavité de l'utérus, que l'on parvient à la débarrasser du corps qu'elle contient.

(35) Mais on ne doit pas rester spectateur oisif lorsque la perte menace les jours de la femme : il faut donc se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisants, ou bien faire des injections.

parce que ces sortes d'arrière-faix ne peuvent pas fournir une suffisante ni convenable nourriture à l'enfant.

153. Les enfants avortons qui sont expulsés vivants n'ont pas ordinairement de voix durant la fin du troisième mois, leur poulmon n'ayant pas encore la force de pousser l'air avec assez d'impétuosité pour former un cri.

154. L'avortement que les femmes se procurent volontairement les met en plus grand péril de la vie que celui qui leur arrive de soi-même sans l'exiter.

155. Il y a des femmes grosses si délicates et si faibles qu'elles avortent pour le moindre faux-pas qu'elles fassent, ou seulement pour lever trop le bras.

156. On voit beaucoup de femmes avoir des avortements dans les premiers mois de leur grossesse par le seul effet de leur tempérament trop sanguin (36).

157. Les avortements sont toujours d'autant plus dangereux que la cause qui les procure est violente, soit qu'ils soient causés par mauvais remèdes pris intérieurement, ou qu'ils viennent de quelque blessure extérieure.

SECTION 24.

Signe de l'enfant mort en la matrice.

158. Les mammelles et le ventre de la femme grosse dont l'enfant est mort, diminuent au lieu d'augmenter de jour en jour (37).

159. Les excrétions fétides et cadâvéreuses de la

(36) Dans cette espèce de tempérament, la saignée, faite de bonne heure, et répétée suffisamment, pare souvent cet accident.

(37) On peut ajouter que la femme éprouve un sentiment de pesanteur du côté où elle se couche; et quand elle est debout ou assise, ce mouvement de pesanteur, se fait sentir sur les pubis; d'ailleurs, elle ne sent plus mouvoir son enfant.

matrice ne sont pas toujours un signe certain de la mort de l'enfant qui y est contenu, car ces excrétions peuvent-être telles, par la seule corruption de quelques caillots de sang qui y aura séjourné trop long-tems (38).

163. L'enfant mort en la matrice acquiert une corruption plus grande et plus fetide en deux ou trois jours après l'écoulement de ses eaux, qu'il ne fait en un mois, quand ses eaux ne sont pas écoulées.

164. Quand la tête d'un enfant reste long-tems engagée au passage, sans que la partie qui s'y présente se tuméfie, c'est ordinairement un signe qu'il est mort.

SECTION 26.

Situation différentes de l'enfant.

168. La situation naturelle de l'enfant au ventre de la mère, tant aux garçons qu'aux filles, c'est d'avoir la tête en haut, regardant en devant, et les pieds en bas, dans les sept ou huit premiers mois de la grossesse ; et tout au contraire, la tête en bas, regardant le derrière de la mère, et les pieds en haut, dans les derniers mois. (Beaucoup d'auteurs sont de cet avis.)

171. La posture naturelle de l'enfant dans le temps de l'accouchement est de présenter la tête, ayant la face en-dessous ; toutes les autres postures sont mauvaises et contre-nature, entre lesquelles celle des pieds est la moins mauvaise, celles du bras et de l'épaule sont les plus fâcheuses ; celle du col tient le milieu ; aussi bien que celles des mains et des pieds ensemble (39).

---

(38) Ou bien par une maladie particulière à l'utérus : ce qui est alors d'un très-manvaise augure.

(39) La présentation des mains avec les pieds n'offre pas de grandes difficultés.

SECTION 28.

Du méconium.

173. L'enfant ne rend jamais le méconium dans le ventre de sa mère si ce n'est par extrême faiblesse, où par trop grande compression du ventre quand il est en mauvaise situation *.

SECTION 30.

Membranes de l'enfant.

176. Les enfants jumeaux ont toujours chacun leurs membranes et leurs eaux particulières et ne sont jamais dans une même enveloppe, à moins qu'ils n'ayent leurs corps joints et adhérents l'un à l'autre ; ce qui est très-rare et monstrueux.

177. Les membranes de l'enfant qui sont trop fortes, ou trop faibles, retardent l'accouchement ; les fortes tardant trop à se rompre, empêchent l'enfant de s'avancer au passage ; et les faibles, se rompant prématurement, font que, les eaux s'écoulant devant qua la matrice soit suffisament dilaté, l'enfant y demeure à sec.

SECTION 31.

De l'accouchement.

178. Les femmes au-dessus de 15 ans accouchent d'autant plus facilement qu'elles sont jeunes.

179. Lorsque les eaux que vide une femme en travail qui, d'abord avaient été simples et maigres, commencent à devenir glaireuses, elles accélèrent pour lors l'accouchement (40).

180. Les os pubis ni ceux des hanches ne se séparent point dans le tems de l'accouchement ; il n'y a

(40) Parce qu'elles relâchent mieux et de plus en plus les parties molles qui doivent être traversées par l'enfant. Ces matières glaireuses viennent du dehors du chorion ou plutôt de la face interne de l'utérus, et non de l'intérieur de l'amnios ; cela est si vrai que ces matières glaireuses commencent à couler dès le commencement du travail.

* Ce n'est pas dans le ventre, ni dans l'utérus de la femme, que s'écoule le méconium, mais bien dans le vagin.

que le *coccix*, dont l'articulation est mobile, qui se recule un peu en arrière (41).

181. La saignée du bras faite à la femme qui a un travail laborieux lui est très-utile pour la faire accoucher plus promptement et plus heureusement, et pour la préserver de trop grandes pertes de sang ou de convulsion (42).

SECTION 32.

Accouchements laborieux.

182. Les femmes dont les enfants ont la tête grosse et les épaules larges, souffrent plus que les autres en leur travail, et principalement celles qui accouchent pour la première fois.

183. L'écoulement prématuré des eaux de l'enfant, sa grosseur excessive, l'embarras de son cordon autour de quelqu'autre partie, et la situation de sa face en dessus, prolongent beaucoup l'accouchement et le rendent laborieux (43).

184. Dans les accouchements difficiles et laborieux, la nature travaille fructueusement; mais dans les accouchements contre-nature, où un gros enfant est en mauvaise situation, tous les efforts sont inutiles (44).

185. Dans tous les accouchements contre-nature qui procèdent seulement de la mauvaise position de l'enfant, il faut attendre, pour le retirer de la matrice, que son orifice interne soit passablement ouvert et assez préparé et amolli, pour y pouvoir introduire la main, sans trop de violence.

---

(41) Mauriceau entend par le mot *séparation*, l'*écartement* des symphises.

(42) Oui, si la résistance dépend des parties charnues seulement.

(43) Mauriceau entend par *laborieux*, accouchement *long*, *douloureux*.

(44) S'opposent même aux moyens que l'art met en pratique.

186. Dans la plupart des mauvaises postures auxquelles l'enfant se présente, il vaut souvent mieux le tirer par les pieds que d'essayer à le réduire dans la posture naturelle ; c'est pourquoi cet accouchement (le naturel) doit servir de règle à bien pratiquer les autres.

188. Quand on veut retourner un enfant dans la matrice, pour le tirer ensuite par les pieds, il faut que le chirurgien glisse sa main au dedans des membranes de l'enfant (45) afin que par leur interposition, la matrice ne soit pas si facilement offensée.

190. Les femmes dont les enfants sont extraordinairement gros, ont des douleurs plus lentes, dans le commencement de leur travail, à cause que ces sortes d'enfants ont de la peine à descendre et à être poussés dans le passage.

193. Lorsqu'il est nécessaire de retourner un enfant en la matrice, pour en faire extraction, le chirurgien doit, autant qu'il peut, en travaillant, se mettre dans une situation commode, afin de conserver ses forces qui lui sont très-nécessaires pour bien conduire son opération.

SECTION 33.

Vomissements de la femme grosse.

194. Les vomissements violents et excessifs des femmes, plus encore la toux opiniâtre, les mettent d'autant plus en danger d'avorter, que le terme de leur grossesse est avancée.

SECTION 35.

Gouvernement de la femme en travail.

Si la femme qui commence d'être en travail n'a

---

(45) Il est des cas où il vaudrait mieux glisser la main entre l'utérus et les membranes, lorsque celles-ci ne sont pas rompues.

pas eu depuis quelques jours la liberté du ventre; on doit pour-lors lui donner un clystère pour la lui procurer, en rendant, par ce moyen, la voye de l'enfant plus libre.

197. Si la femme qui est en travail de son premier enfant est d'une habitude replette, il est très-salutaire de la saigner du bras dans le tems que son pouls commencera d'être fort élevé par l'agitation du travail.

198. La respiration libre contribue beaucoup, en augmentant la force de l'impulsion des douleurs, à faciliter l'accouchement (46).

199. A quelque tems de la grossesse que puisse être une femme lorsque l'on sent les eaux se former, c'est-à-dire, se présenter et être poussées au-devant de la tête de l'enfant dans le tems de la douleur, c'est un signe certain que la femme est en travail.

200. Il ne faut jamais rompre les membranes de l'enfant dans le tems du travail d'une femme, que la matrice ne soit suffisament dilatée, pour pouvoir espérer un prompt accouchement; à moins qu'il n'y ait quelque pressant accident qui y oblige, comme celui d'une perte de sang, ou de quelque convulsion.

201. Il ne faut pas réitérer trop souvent les onctions de beure, dans le tems du travail d'une femme, parce qu'ainsi faisant, on consume les humidités glaireuses de la matrice qui y font une onction naturelle qui est souvent bien plus utile que tout le beure qu'on y peut introduire.

202. La femme qui est en travail ne doit user d'aucun aliment, ni de boisson qui la puisse trop échauffer.

---

(46) Oui, quand l'enfant est convenablement situé.

SECTION 36.

Du cordon de l'ombilic de l'enfant.

204. Tout le cordon de l'ombilic de l'enfant est insensible, parce qu'il n'y a point de nerf qui s'y distribue (47).

205. L'enfant ne tire aucune nourriture par la bouche durant qu'il est au ventre de la mère, n'étant pour-lors vivifié que du seul sang qu'il reçoit par la veine ombilicale.

206. Les cordons qui sont froncés, quelques gros qu'ils soient, sont bien plus sujets à se rompre, en les tirant, pour délivrer la femme de son arrière-faix, que les autres.

207. Il y a des enfants qui ont le cordon de l'ombilic si gros, que bien que l'on y fasse une ligature fort serrée, néanmoins, venant après à diminuer de grosseur, en se flétrissant, la ligature en est rendue plus lâche; ce qui fait que le sang ne laisse pas de s'en écouler ensuite, si on n'y prend bien garde.

208. On voit quelquefois des enfants naître avec le cordon de l'ombilic noué d'un véritable nœud qui s'y est fait par la grande longueur de ce cordon dont il s'est fait un cercle dans lequel l'enfant a passé en se remuant au ventre de sa mère.

SECTION 37.

Accouchements de la femme qui est grosse de plusieurs enfants.

209. La matrice s'étant une fois ouverte pour

---

(47) On peut en dire autant du placenta ; ce qui serait contraire à l'opinion de ceux qui croyent à la transmission des imaginations de la mère dans le fœtus, et qui, suivant eux, influent sur les mauvaises conformations accidentelles qui s'y rencontrent quelquefois.

mettre dehors un des enfants gemeaux, ne se renferme jamais que le second n'en ait été expulsé ou tiré (48).

210. Celui des enfans jumeaux qui sort, ou est tiré le premier de la matrice, doit toujours être réputé pour l'aîné, nonobstant l'opinion qu'on pourrait avoir, touchant la superfétation.

212. L'un des enfants jumeaux peut être vivant au ventre de la mère, quoique l'autre y soit mort depuis un mois ou deux.

214. Lorsque la femme est grosse de plusieurs enfants, il ne faut pas la délivrer de l'arrière-faix qu'après la sortie du dernier enfant, parce qu'autrement, on lui causerait une grande perte de sang, en détachant ainsi l'arrière-faix prématurément.

216. Il faut toujours porter la main sur le ventre d'une femme incontinent après l'avoir accouchée d'un enfant, pour reconnaître s'il n'y en a pas encore un second, et principalement si on voit que l'enfant qui est sorti n'est que de médiocre grosseur, comme tous les jumeaux sont ordinairement.

217. Les arrière-faix qui sont fort épais, et principalement ceux qui sont comme squirreux, sont bien plus difficilement tirés de la matrice que ceux dont la substance est molle, et qui n'ont qu'une médiocre épaisseur (49).

219. Ce n'est pas tant l'adhérence de l'arrière-faix qui le retient quelquefois au-dedans de la matrice, que c'est la seule contraction de l'orifice in-

(48) Le contraire n'est sans doute arrivé que dans les cas où l'utérus était séparé par une cloison, ou lorsqu'il était double.

(49) On pourrait ajouter que les placentas formés en raquette présente aussi souvent des difficultés, surtout, quand le cordon est placé en bas.

terne (utéro-vaginal) qui n'est pas assez dilaté pour l'en laisser sortir.

SECTION 39.

Extraction de l'arrière-faix resté en la matrice.

220. Il vaut mieux préférer l'extraction de l'arrière-faix par l'opération de la main, autant qu'il est possible, sans aucune violence, que d'en exciter l'expulsion, par des remèdes purgatifs et diurétiques.

221. Lorsque l'arrière-faix est resté dans la matrice après l'avortement d'un enfant, si elle n'est pas assez ouverte pour en faire facilement l'extraction, le danger est moins grand d'en commettre l'expulsion à la nature, que de faire trop de violence pour le tirer.

SECTION 40.

Sortie du cordon de l'ombilic.

222. La sortie du cordon de l'ombilic avant l'enfant, le fait souvent mourir en très-peu de tems au ventre de la mère, comme fait aussi la forte compression de ce même cordon qui se présente avec la tête au passage.

223. En touchant le cordon de l'ombilic qui est sorti, on connaît si l'enfant, qui est encore dans la matrice, est vivant, par le battement des artères que l'on y sent, ou mort par l'entière privation de ce même battement.

224. Les femmes dont les enfants ont beaucoup d'eaux, et le cordon de l'ombilic fort long, sont sujettes à la sortie de ce même cordon devant l'enfant, lorsque les eaux viennent à s'écouler subitement par la rupture de leurs membranes.

SECTION 41.

Enfant hydropique.

225. L'enfant qui est hydropique du ventre ou de la tête, s'il ne meurt pas dès le ventre de sa mère, comme il arrive le plus souvent, il meurt toujours très-peu de tems après être né, aussi bien que celui qui est monstrueux, ayant deux têtes, ou deux corps.

226. Si l'enfant, au tems de l'accouchement, ayant la tête entièrement hors du passage, est fortement arrêtée au droit des épaules, il est ordinairement hydropique du ventre, ou monstrueux par l'adhérence de son corps à celui d'un autre enfant.

227. L'enfant qui est hydropique, est bien plus facilement tiré de la matrice, que l'enfant monstrueux; car il suffit de faire une ample ponction aux parties qui sont hydropiques, pour en évacuer toutes les eaux qui en faisaient l'excessive grosseur.

SECTION 42.

Convulsion de la femme grosse, et accouchée.

228. La convulsion met la femme grosse et son enfant en danger de la vie qui est toujours d'autant plus grand que la femme ne revient pas à connaissance dans l'intervalle des accès de la convulsion (si les convulsions arrivent pendant le travail).

229. Les femmes grosses qui sont en travail de leur premier enfant, sont beaucoup plus sujettes à la convulsion que les autres qui ont déjà eu d'autres enfants.

230. La femme grosse qui est surprise de convulsion, est bien plus en danger de la vie, que celle qui est accouchée, à qui le même accident arrive (50).

---

(50) Pourvu qu'il ne survienne pas, à ces dernières, de très-grandes pertes de sang, ou prostation de forces.

231. La convulsion qui arrive à une femme grosse ou accouchée d'un enfant mort et corrompu, la met en bien plus grand danger de la vie, que celle dont l'enfant est vivant, qui est surprise du même accident.

232. L'émétique est pernicieux aux femmes grosses ou nouvellement accouchées qui sont surprises de convulsions, et la saignée est pour-lors le meilleur remède que l'on puisse faire aux unes et aux autres, si la convulsion n'a pas été causée par une grande perte de sang.

SECTION 43.

Convulsion de l'enfant.

236. Les femmes qui font des enfants qui ont la tête trop grosse, les voyent ordinairement mourir de convulsion à la sortie de leurs dents (il en est de même pour les enfants dont la tête grossit trop par la suite).

SECTION 44.

Enfants qui présentent les pieds.

234. Lorsque l'enfant ne présente qu'un pied, il faut bien considérer si c'est le droit ou si c'est le gauche, et de qu'elle figure il se présente; car ces réflexions feront facilement connaître de quel côté est l'autre pied afin de l'aller chercher avant que de tirer l'enfant.

235. Lorsqu'on voit deux pieds d'enfant, l'un droit, l'autre gauche, se présenter, il faut bien prendre garde, avant de les tirer, s'ils sont tous deux d'un même enfant (51).

236. En tirant de la matrice un enfant par les pieds,

(51) Il faudrait supposer, dans le cas des jumeaux, que leurs membranes se rompissent toutes les deux en même temps; car, on doit se rappeller que les fœtus ont chacun leur membrane particulière;

il faut toujours prendre garde avant que d'en tirer la tête que la face soit tout-à-fait en dessous.

SECTION 45.

Enfant dont la tête est grosse.

238. Les femmes dont les maris ont la tête grosse et les épaules fort larges engendrent ordinairement de gros enfants qui leur ressemblent en cela.

239. Dans le premier accouchement des femmes, si la tête de leur enfant et très-grosse elle reste quelque fois engagée dans le passage après y avoir été poussée, principalement aux femmes avancées en âge; mais cet accident n'arrive point dans les autres accouchements lorsque le premier enfant est venu à terme, et qu'il a été d'une juste proportion. (Et que les enfants qui viendront par la suite ne seront pas disproportionnés.)

SECTION 46.

Tête de l'enfant restée en la matrice.

240. Lorsque la tête d'un enfant est restée seule dans la matrice qui n'est plus assez ouverte pour lui donner passage, il vaut mieux en commettre l'expulsion à la nature que d'en tenter l'extraction avec trop de violence. (Surtout s'il n'y avait pas d'accidents menaçants.)

SECTION 47.

Enfants se présentant en mauvaise posture.

241. Lorsque quelque partie de l'enfant se présente dans le tems de l'accouchement avec sa tête, c'est ordinairement une de ses mains, ou toutes les deux, plutôt qu'aucune autre. (Et le cordon ombilical.)

242. Lorqu'un enfant se présente en quelque mauvaise posture dans le tems de l'accouchement, il ne faut jamais le tirer par le bras, car l'accouchement est

toujours rendu d'autant plus difficile que le bras qui se présente sort plus avant.

243. Tous les enfants qui se présentent le cul devant, dans le tems de l'accouchement, rendent toujours le méconium dans le ventre (le vagin) de leur mère à cause de la grande compression que leur ventre reçoit en cette position.

SECTION 48.

Opération Césarienne.

244. Comme l'opération césarienne cause toujours très-certainement la mort de la femme, on ne la doit jamais entreprendre durant qu'elle est encore envie (52).

245. Comme l'enfant, outre la vie commune dont il jouit avec sa mère, a encore en soi, un principe de vie qui lui est particulier, l'on trouve quelquefois des enfants vivants au ventre de leur mère morte, si l'on en fait ouverture aussitôt qu'elle est expirée.

SECTION 49.

Des instruments pour l'extraction de l'enfant.

246. Il ne faut jamais se servir d'instruments pour faire extraction d'un enfant mort, lorsque les mains seules peuvent suffire.

248. Devant que de se résoudre à tirer un enfant du ventre de sa mère avec les instruments, il faut bien prendre garde à ne pas traiter un enfant vivant comme un enfant mort. (Les forceps n'étaient point connus de Mauriceau.)

---

(52) Cette opération a rarement un heureux succès; mais comme elle a réussi quelquefois, on doit tenter ce moyen de sauver la mère et l'enfant lorsqu'on n'en a pas de plus sûrs.

SECTION 50.

Gouvernement de la femme accouchée.

C'est une mauvaise coutume que celle d'empêcher, durant quelque tems, les femmes de dormir après qu'elles sont accouchées, car il n'y a rien qui puisse mieux rétablir les forces abbatues, et calmer les accidents causés par la grande agitation du travail, que le dormir naturel.

250. Il ne faut jamais faire aucune lotion astringente aux parties naturelles de la femme durant les quinze premiers jours après son accouchement, de crainte de supprimer les écoulements de couches.

251. Le bandage du ventre des femmes accouchées, ne doit être que simplement contentif durant tout le tems qu'il s'écoule quelque vidange de la matrice. (Il est surtout nécessaire lorsque les accouchées se lèvent)

SECTION 51.

Tranchées qui suivent l'accouchement.

252. Les femmes accouchées ne sont pas ordinairement tant travaillées de douloureuses tranchées après leur premier accouchement, que dans les suivants.

253. La cause la plus ordinaire des tranchées que les femmes souffrent après leur accouchement, vient des caillots de sang formés et retenus en la matrice, le sang ne sortant pas en liqueur hors de cette partie aussitôt qu'il s'est écoulé de ses vaisseaux. (On peut ajouter à cette cause, le dégorgement des propres parois de la matrice.)

SECTION 52.

Des vidanges de la couche.

254. Le sang qui sort de la matrice immédiatement après l'accouchement, est beau et vermeil et se caille promptement si la mère est saine ; ne différant en rien de celui qui demeure au reste du corps.

258. La totale et subite supression des vidanges, dans les premiers jours après l'accouchement, met la femme en grand danger de la vie, si l'on n'y remédie au plutôt ; car ces humeurs supprimées, restant dans les vaisseaux de la matrice, ne manquent pas de causer inflammation en cette partie,et beaucoup d'autres pernicieux accidents (53).

259. La suppression des vidanges qui doivent être évacuées de la matrice après l'accouchement est beaucoup plus préjudiciable à la femme que la suppression des menstrues (54).

261. Le chagrin n'est jamais plus pernicieux aux femmes que dans le tems de leur couches , auquel tems il leur cause une dangereuse suppression de leur vidange (55).

SECTION 53.

De l'inflammation de la matrice.

262. L'inflammation de la matrice met la femme en grand danger de la vie ; mais principalement quand elle arrive dans les premiers jours après un fâcheux accouchement.

263. Tous les remèdes purgatifs sont pernicieux à la femme qui a une inflammation de matrice.

264. Le hocquet, le vomissement, la convulsion, le déliré et l'extrême tension du ventre en une femme accouchée, qui a une inflammation de matrice, sont tous signes avant-coureurs de sa mort prochaine.

---

(53) Mauriceau prend l'effet pour la cause ; la pléthore sanguine, les convulsions et l'inflammation suppriment les écoulements de couche.

(54) Parce que la femme, après être accouchée, doit rendre une plus grande quantité de sang que dans le tems ordinaire de ses règles.

(55) Voici le cas où la suppression est la cause de l'engorgement. aussi sauve-t-on rarement quelques unes de ces femmes si les écoulements ne se rétablissent avant la cessation des accidents : au contraire, dans le cas opposé, les accidents cessent.

665. Quand la matrice souffre inflammation, son orifice est pour-lors si dur et resserré qu'il ne peut pas permettre l'expulsion ni l'extraction des corps étrangers qui sont retenus en cette partie.

SECTION 54.

Squirre de la matrice.

266. Le squirre de la matrice est une maladie très-rebelle, qui est très-souvent suivie de plusieurs autres qui sont mortelles, à cause que les humeurs superflues ne peuvent pas avoir leur évacuation ordinaire assez libre par cette partie, où il y a une grande obstruction.

267. Tous les purgatifs sont pernicieux au squirre de la matrice.

268. Le squirre de la matrice dégénère souvent en un cancer incurable.

269. Le squirre de la matrice rend toujours la femme stérile et valétudinaire, durant tout le tems qu'il subsiste. (On a vu un assez grand nombre d'exceptions).

270. Les tumeurs douloureuses qui arrivent quelquefois aux femmes, après leur accouchement, vers un des côtés de la matrice, proche l'aine, sont toujours de très-longue guérison ; et si elles viennent à abcéder, elles mettent la femme en danger de la vie.

SECTION 55.

Cancer de la matrice.

271. Les ulcères qui viennent de cause interne au propre corps de la matrice, ou à son orifice intérieur (utéro-vaginal) se convertissent toujours dans la suite en un cancer incurable. (Cette sentence toute cruelle qu'elle est, n'est que trop vraie).

272. Le cancer de la matrice fait toujours mourir misérablement les femmes qui en sont affligées, après leur avoir fait trainer un vie languissante et pleine de continuelles douleurs durant des années entières.

(Rien ne soulage ces infornées, que l'opium ou les préparations dans lesquelles il entre).

273. Comme les femmes depuis l'âge de quarante ans jusqu'à celui de quarante huit, ou environ, commencent à n'être plus réglées dans l'évacuation de leurs menstrues comme auparavant, elles sont pourlors bien plus sujettes aux ulcères carcinomateux de la matrice qu'en tout autre âge de leur vie.

274. Il n'arrive presque jamais aux femmes qui ont passé soixante ans, de perte de sang après l'entière privation de leurs menstrues durant un long-tems, à moins que ces pertes ne précèdent ou ne soient suivies de quelque ulcère carcinomateux, qui les fait toujours mourir dans la suite.

275. On voit très-rarement le *cancer* arriver à la matrice des filles qui n'ont jamais usé du coït. (Cela n'est cependant pas sans exemple, même chez de très-jeunes filles).

SECTION 56.

Fleurs blanches.

276. Il ne faut pas se servir d'aucun remède astringent pour la curation des fleurs blanches avant que la plénitude du corps ait été suffisamment évacuée par saignées, purgations et autres remèdes convenables.

277. On voit quelquefois de petites filles de sept ou huit ans, infectées de gonorrhées vénériennes qu'on croit abusivement être simples fleurs blanches.

SECTION 58.

Tumeurs et aposthèmes des mammelles.

280. Les remèdes astringents dont les femmes accouchées se servent ordinairement pour la décoration de leur sein, quand elles ne veulent pas être nourrices, y causent souvent dans la suite des tumeurs douloureuses et des aposthèmes, en empêchant la libre circulation des humeurs. (Cela est très-vrai;

mais l'air froid qui frappe subitement produit souvent le même effet).

282. Les tumeurs squirreuses des mammelles qui sont fort adhérentes aux côtes, deviennent ordinairement carcinomateuses dans la suite.

283. La fièvre de lait qui arrive aux femmes accouchées vers le troisième jour est très-ardente; mais elle est semblable à un feu de paille qui s'éteint aussitôt qu'il est allumé (56).

(56) Quelquefois la fièvre qui survient à cet époque de la couche est accompagnée de symptômes qui la rendent très-redoutables.

APHORISMES
D'Orazio Valota.

2. Le bassin de la femme et la tête de l'enfant peuvent-être,naturellement,l'un,plus ou moins grand ; l'autre, plus ou moins volumineuse, selon les climats qui produisent les hommes plus ou moins forts et robustes.

3. Il est indispensablement nécessaire de connaître les diamètres de la tête de l'enfant, et ceux des ouvertures du petit bassin.

5. Le plus grand diamètre du corps du fœtus est entre une épaule et l'autre (1). Les articulations des extrémités se rapprochent toujours entr'elles sur la partie antérieure du tronc.

6. La surface interne de l'utérus offre des inégalités après l'accouchement lorsqu'il y est resté quelque portion de plaçenta.

Signe univoque de la grossesse.

7. Le signe unique et certain de la grossesse est le mouvement de balottement du fœtus; ce qui le distingue des simples contractions utérines, ou intestinales.

Principaux devoirs de la sage-femme.

9. La sage-femme doit être très-exercée au toucher.

10. La sage-femme doit toujours avoir à la pensée les cas où il est nécessaire d'administrer le baptême,et comment il faut l'administrer dans les différentes circonstances, que l'enfant soit encore dans l'utérus, ou qu'il en soit dehors.

---

(1) Le diamètre des épaules peut se réduire de près d'un pouce et quelque fois plus; degré de réduction dont la tète n'est point susceptible dans aucun sens, à moins qu'elle ne contienne de l'eau, ou qu'elle soit putréfiée.

11. La sage-femme tâchera d'introduire l'usage de faire chauffer , en hiver, l'eau destinée à baptiser.

12. A la première visite que la sage-femme fera à son accouchée, elle examinera d'abord le ventre, et selon l'état où elle le trouvera, elle en tirera ses conjectures.

13. La sage-femme se gardera bien de l'énorme délit de donner, ou de conseiller les moyens propres à faciliter l'avortement.

15. Un des principaux devoirs de la sage-femme est de savoir bien examiner la femme en travail, pour reconnaître les difficultés, et appeler promptement un chirurgien à son secours.

16. La sage-femme appellera toujours, s'il se peut, un accoucheur dans le cas où la mère et l'enfant sont menacés d'un grand danger, bien qu'elle se croie habile à opérer l'accouchement.

17. Il est de la plus grande importance que la femme, au moment de l'accouchement, ne soit point surprise de syncopes ; mais il faut également éviter de donner trop d'activité aux ventricules, en permettant, ou en donnant des liqueurs spiritueuses.

Accouchement naturel.

19. Il est nécessaire de connaître et de savoir distinguer les douleurs de l'accouchement pour ne pas s'exposer à tomber dans de grandes erreurs.

20. La femme ne fera pas valoir ses douleurs mal à propos, et elle ne prolongera pas ses efforts sans nécessité.

21. Pour que la tête soit en bonne position au commencement du travail, il faut qu'elle présente le vertex au détroit supérieur, et que le front soit tourné vers une des symphises sacro-iliaques.

22. Le fœtus au commencement du travail peut se présenter dans une bonne position, et, par la sui-

te, prendre une mauvaise situation lorsque les membranes ne sont pas rompues.

23. Dans le travail de l'accouchement, quand le fond et le corps de l'utérus se contracte, le col se dilate; et quand les premiers se dilatent l'orifice, se contracte.

24. La tête du foetus, en s'engageant, fait trois différents mouvements : 1°. le front se place sur un des bords latéraux du sacrum ; 2°. il se dirige dans la courbure du même os ; 3°. l'occiput s'avance en remontant hors de la vulve.

25. L'accouchement se divise en trois périodes ou trois temps, son *commencement*, sa *progression* et sa *fin*.

Du fœtus.

27. On ne doit pas toujours faire la ligature du cordon immédiatement après la naissance de l'enfant (1).

29. On doit défendre le cordon ombilical, non-seulement de la compression, mais encore du froid.

30. Après l'accouchement on fera en sorte de ne pas confondre la dépression du fond de l'utérus, ou le prolapsus incomplet de ce viscère, à une môle ou faux germe.

32. Les cordons putréfiés se rompent facilement lorsqu'on tire dessus pour extraire le placenta.

43. Le placenta a quelquefois une figure irrégulière ; et quelquefois aussi, mais très-rarement, il est attaché à d'autres corps comme autant de petits placenta.

44. On ne doit pas faire l'extraction du placenta aussitôt après la sortie de l'enfant ; on la diffère

(1) Lorsque l'enfant naît asphixié ; qu'il a la face gorgée de sang, on fait la section du cordon avant d'en faire la ligature.

plus ou moins long-tems selon les différentes circonstances du cas.

45. Le placenta est ordinairement attaché au fond de l'utérus ; quelquefois sur les régions latérales, et d'autres fois sur l'orifice de ce viscère.

46. Il faut bien se garder de confondre la sortie du placenta qui précède l'enfant avec une môle ou faux germe.

47. Le placenta greffé sur l'orifice de l'utérus oblige toujours à recourir à l'accouchement forcé.

48. La sage-femme doit toujours examiner le placenta aussitôt qu'il est hors du vagin, pour s'assurer s'il est entier, et s'il a bien toutes ses membranes.

De l'hémorrhagie.

55. On remédie à la perte de sang qui a lieu pendant le travail, en rompant les membranes, ou en hâtant l'accouchement.

56. Il est bien important de reconnaître l'hémorrhagie interne qui a lieu après l'accouchement, et d'y remédier.

57. On doit savoir distinguer les lochies de la perte de sang qui a lieu après l'accouchement.

Accouchements laborieux. (1)

61. Pour remédier à l'obliquité de l'utérus, les membranes étant dans toute leur intégrité, on fait coucher la femme sur le côté opposé à celui où se trouve le fond ; mais on lui fait prendre diverses autres situations si les eaux sont évacuées, et si le fœtus est déjà très-avancé.

64. Dans l'accouchement contre-nature, si les eaux n'étaient pas sorties avant l'opération, et qu'elles vinssent à s'échapper trop précipitament, on tien-

(1) Accouchements *longs.*

drait ferme le fœtus à demi-extrait, pendant quelques minutes, pour prévenir les accidents.

De l'utérus.

68. L'utérus est uni au vagin à angle presque droit au moment de l'accouchement ; à angle aigu, dans la grossesse avancée ; et à angle obtus, dans tout autre tems.

De la fausse-couche.

80. Pour bien se conduire dans le cas d'avortement il faut y considérer trois tems ; 1°. le prévenir; 2°. empêcher qu'il ait lieu ; 3°. favoriser l'expulsion du produit de la conception. (Quand on n'a pu ni prévenir ni empêcher l'avortement).

Sur la saignée.

89. Quelquefois une saignée tous les mois a été très-nécessaire à une femme enceinte ; et d'autres fois, une seule saignée dans le cours de la grossesse, a été préjudiciable à la mère et à l'enfant.

TABLE ANALYTIQUE
DES MATIÈRES.

De l'Imprimerie de CUSSAC, rue d'Orléans-St. Honoré, n°. 13.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

COMITÉ CENTRAL DE VACCINE.

INSTRUCTION

SUR

LA VACCINE.

Il y a une vaccine vraie et une vaccine fausse.

La vaccine vraie préserve de la petite vérole ; on la reconnaît aux signes suivans :

1.° *Vaccine vraie.* En général, on n'aperçoit aucun travail aux piqûres, que du troisième au cinquième jour. Il y a alors une petite rougeur et un peu d'élévation, qui augmentent jusqu'au sixième jour. Le septième, l'accroissement est plus marqué, et on aperçoit un petit bouton de couleur argentée, qui a une dépression ou enfoncement au centre, circulairement rempli d'une matière limpide, et qui est entouré d'un petit cercle rouge. Le huitième jour, la base du bouton devient tendue ; le cercle rouge augmente, assez souvent avec gonflement ; quelquefois il survient de la fièvre, et le bouton contient plus de matière.

Cet état augmente le neuvième et le dixième jour ;



le onzième, la rougeur diminue ; le douzième, la dépression commence à noircir ; le bouton devient ensuite d'un gris-jaunâtre. Il contient alors une matière qui ressemble à du pus. A dater du treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme en une croûte dure, brune, et enfin noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour. Telle est la marche de la vraie vaccine, la seule qui préserve de la petite vérole.

2.° *Fausse vaccine.* La fausse vaccine ne préserve pas de la petite vérole. On la reconnaît aux caractères suivans :

Le travail commence le lendemain, quelquefois le jour même de la vaccination ; il est accompagné de démangeaisons ; il se forme aux piqûres une légère dureté, qui s'aplatit en s'étendant, et qui est recouverte d'une rougeur pâle et vergetée. A dater du deuxième jour, et avant le sixième, il s'est développé un bouton de forme irrégulière, qui s'élève en pointe, qui paraît contenir une matière jaunâtre, laquelle, en séchant, prend l'aspect de la gomme.

Ses causes. Si l'on a pratiqué la vaccination sur une personne ayant eu, ou seulement soupçonnée d'avoir eu la petite vérole, il ne faut pas se servir du vaccin qu'elle produit, parce qu'elle pourrait donner la fausse vaccine.

La fausse vaccine est produite aussi, 1.° par toute espèce d'irritation étrangère qui arriverait aux piqûres dans lesquelles on a introduit de la matière de vaccine vraie ; 2.° par l'introduction, dans les piqûres, d'une

matière vaccine trop avancée et ressemblant à du pus; ce qui arrive ordinairement du dixième au douzième jour.

Manière de vacciner. On vaccine à chaque bras par deux ou trois piqûres faites avec une lancette ou une aiguille sur laquelle on a reçu une petite portion de la matière contenue dans les boutons d'un sujet vacciné depuis huit jours. Il suffit, pour extraire cette matière, de faire superficiellement de petites piqûres sur le bouton. On voit bientôt paraître, à la surface, des gouttelettes d'une matière limpide comme de l'eau. Cette matière est le vaccin.

Observations. Si la personne que l'on vaccine est bien portante, il est inutile de la préparer. Si elle ne l'est pas, il faut rétablir sa santé.

On peut vacciner à tout âge, même pendant la dentition, lorsqu'elle est sans accident, sur-tout si l'on redoute les approches de la petite vérole.

On est quelquefois obligé de répéter la vaccination plusieurs fois, quand elle ne réussit pas; ce qui arrive rarement quand on vaccine de bras à bras, et quand le vaccin est pris du septième au neuvième jour.

Quelquefois la vaccine ne se déclare qu'au sixième, septième et huitième jour, et même plus tard; c'est ce qui arrive plus particulièrement dans les temps froids.

On a vu des piqûres commencer à travailler lorsque les autres, faites en même temps, commençaient à se dessécher; ces cas sont rares.

La vaccine ne met point, pendant sa durée, à l'abri des autres maladies. Il peut arriver que, quelque temps avant, ou même quelques jours après la vaccination, une personne ait gagné la petite vérole. Alors le vaccin n'ayant pas le temps d'empêcher cette maladie, la vaccine et la petite vérole marcheront ensemble sans se confondre.

Si une autre maladie survient, on la traitera convenablement; mais s'il ne se déclare aucun accident étranger à la vaccine, il n'y a ni médicament à donner, ni régime particulier à suivre.

Fait en séance, le

Signé JADELOT, *président;* CORVISART, DELASTEYRIE, DOUSSIN-DUBREUIL, HALLÉ, HUZART, J.-J. LEROUX, DUCHANOY, MONGENOT, PARFAIT, PINEL, SALMADE, ALIBERT, AUVITY, BOURDOIS, GUERBOIS; HUSSON, *secrétaire.*

Pour copie conforme:

Signé HUSSON, *secrétaire.*

Note sur la manière d'emplir, de conserver et de vider les Tubes capillaires (1).

Manière d'emplir les Tubes.

On pique, dans toute sa surface, le bouton vaccin dont on veut recueillir la matière, à l'instant où l'aréole commence à paraître. Quand il s'est formé une goutte de liquide sur le bouton, on en approche horizontalement le tube par son extrémité la plus effilée, en ayant soin que ses deux bouts soient ouverts, et qu'il n'y ait, dans sa capacité, aucun corps étranger. Quand la goutte de liquide a été absorbée par le tube, on le retire, et on ne le rapproche du bouton que lorsqu'une nouvelle goutte est formée. Il faut toujours appliquer sur la gouttelette l'extrémité du tube par laquelle on a commencé à le remplir; sans cette précaution, il est impossible de le remplir en totalité.

Il arrive très-souvent que l'absorption cesse, parce que le fluide se concrète dans l'extrémité des tubes ; il faut

(1) Ces tubes se trouvent, à Paris, chez M. *Perrot*, rue du Battoir-Saint-André-des-Arcs, n.° 1, chez lequel on trouve également de doubles aiguilles cannelées et plates, pour vacciner. Il envoie le tout, franc de port, par la poste.

Prix de cent tubes à vaccin, avec dix tubes à souffler. 6f 00c
Double aiguille cannelée, montée comme les lancettes. 3. 00.
Aiguille plate, montée comme les lancettes........ 2. 50.
(Le port des lettres et de l'argent doit être affranchi.)

alors en casser une demi-ligne ou plus, et en extraire, en serrant entre le premier doigt et l'index, la matière qui, en se concrétant, a pris une consistance filamenteuse. On recommence la même opération, si le tube ne se remplit pas. Quand il n'y a plus qu'une ligne du tube à remplir, on le ferme de la manière suivante:

On retourne le tube entre les doigts, on serre fortement entre le pouce et l'index l'extrémité par laquelle il a été rempli, sans cependant la casser; on présente l'extrémité où il manque une ligne de liquide à la base d'une lumière, et en baissant le poignet aussitôt que le verre est fondu (ce que l'on voit dès qu'il est rouge), on le retire, et l'on présente au même foyer l'autre extrémité, que l'on soude de même.

Manière de conserver le Fluide vaccin dans les Tubes.

Pour conserver le fluide intact, on place ces tubes sur une assiette ou une soucoupe, et on les recouvre d'une éponge légèrement imbibée d'eau, en ayant soin de tenir l'assiette ou la soucoupe à l'abri de la chaleur et de la lumière. En observant ces précautions, le virus se conserve dans l'état de fluidité propre à en assurer le succès.

Manière d'extraire le Virus des Tubes, et de l'employer.

On casse les deux extrémités du tube; on adapte l'une d'elles dans un tube à souffler ou dans un tuyau de paille très-mince; l'autre extrémité est appliquée sur une lame de verre; on souffle très-doucement dans cette paille ou dans le tube à souffler, de manière qu'on ne vide pas

entièrement le tube à vaccin, et qu'il y reste, au contraire, environ une ligne de matière. Cette précaution est indispensable, car il serait possible que l'air insufflé décomposât le vaccin.

Quand la matière est descendue sur la lame de verre, on l'y reprend avec l'aiguille cannelée ou avec la lancette, et on l'inocule comme si l'on opérait de bras à bras.

Quant au vaccin qu'on veut envoyer ou transporter, on use du moyen dont se sert, avec succès, le comité central de la société de vaccine. Ce moyen consiste à introduire le tube, chargé et fermé de la manière indiquée ci-dessus, dans un tuyau de plume, au fond duquel on a fait entrer de la sciure de bois bien sèche ou du son. On recouvre le tube avec la même matière, et on scelle le tuyau de plume avec de la cire à cacheter. Par-là on prévient la fracture du tube, qui arrive toujours entier à sa destination. Lorsqu'on veut faire sortir le tube du tuyau de plume, on enlève, avec précaution, la cire qui en ferme l'ouverture, et l'on secoue légèrement pour ne pas briser le tube.

Nota. Les demandes de vaccin, et généralement toute la correspondance relative à la partie médicale de la vaccine, doivent être adressées, *sous le couvert du Ministre*, à M. *Husson*, médecin de l'Hôtel-Dieu, et secrétaire du comité de la société centrale de vaccine.



À PARIS, DE L'IMPRIMERIE ROYALE. Juin 1814.



